



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra

Jana Miksová

Ošetrovatelská péče o pacientku po gastrickém bypassu pro morbidní obezitu

Nursing care of the patient after gastric bypass for morbid obesity

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Pavla Kordulová

Praha, 2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 29. 06. 2018.

Jana Miksová

.....

Podpis

Identifikační záznam

MIKSOVÁ, Jana. Ošetrovatelská péče o pacientku po gastrickém bypassu pro morbidní obezitu. [Nursing care of the patient after gastrik bypass for morbid obesity]. Praha, 2018. 56s. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Kordulová, Pavla.

ABSTRAKT

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na problematiku morbidní obezity (BMI 40 a více) s chirurgickým řešením kombinovaným výkonem podle mezinárodně platných kritérií IFSO – International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders. Téma shledávám za velmi aktuální s ohledem na nárůst obezity, které potvrzují statistiky nejen WHO – World Health Organization.

Hlavním cílem mé bakalářské práce seznámení s průběhem hospitalizace u pacientky po minigastrickém bypassu pro morbidní obezitu. Dále jsem prováděla zjištění, zda se klinická praxe neodlišuje v ošetrovatelské péči od uvedených postupů v odborné literatuře, časopisech i odborných webových zdrojích.

Informace a potřebné podklady k vypracování teoretické části práce jsem čerpala z rešerše Národní lékařské knihovny, databází Medvik, PubMed a jiné. Dále jsem využila k čerpání informací profesní organizace a společnosti IFSO, EASO – European Association for the Study of Obesity, SAGES – Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons a České obezitologické společnosti.

Bakalářskou práci jsem zpracovala formou případové studie na konkrétně zvolené pacientce s použitím modelu dle Marjory Gordon a ošetrovatelského procesu. K dispozici jsem měla zdravotnickou dokumentaci, možnost rozhovoru s pacientkou i ošetřujícím personálem.

Při poskytování ošetrovatelské péče ošetřujícím personálem byly dodrženy doporučení a postupy standardů zdravotnického zařízení, jejichž obsah odpovídal doporučením z profesních organizací i společností.

Doporučení pro praxi je poučení pro pacienty i laickou veřejnost ve formě letáku – „*Jak žít s gastrickým bypassem*“. Leták může sloužit jako inspirativní materiál pro jiná odborná pracoviště nebo pacienty budoucí i současné.

Klíčová slova: morbidní obezita, bariatrie, laparoskopická chirurgie, ošetrovatelský proces, pacient, psychologie.

ABSTRACT

In my bachelor thesis I was dealing with the problem of morbid obesity (BMI 40 and more) with combined surgery according to worldwide criteria IFSO - International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders. I consider this topic as a big issue nowadays which is confirmed also by statistics WHO – World Health Organisation.

Aim of my bachelor thesis was to describe the hospitalisation of the patient with minigastric bypass for morbid obesity. Further I was trying to find out whether the clinical practise is or is not different compared to nursing care which is stated in literature, health magazines and professional websites.

Information and documentation needed for the theoretical part of my thesis was found in search of National Health Library, database Medvik, PubMed and others. Also, I have used information from IFSO, EASO – European Association for the Study of Obesity, SAGES – Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons and Czech Obesitological company.

The form used in bachelor thesis is case study based on the search of the particular patient, model used is according Marjory Gordon and nursery process. Available source was also health documentation, interview with the patient and discussion with the nursery team.

When the nursery care was provided by the team, the standards and procedures were kept, the content was identical as in the recommendation of the Health organisations.

The outcome of my thesis is also a recommendation for the patients and public, all concentrated in leaflet – „*How to live with gastric bypass*”. The leaflet can also be an inspirational material for other health centres and future or current patients.

Keywords: morbid obesity, bariatric surgery, laparoscopic surgegy, nursing process, psychology.

Obsah

Obsah	6
1 Úvod	8
2 Teoretická část	9
2.1 Obezita a její etiopatogeneze	9
2.1.2 Diagnostika obezity	10
2.1.3 Komplikace obezity	11
2.1.4 Chirurgické řešení obezity	12
2.2 Historie a vývoj chirurgického řešení obezity	13
2.3 Indikace a kontraindikace k chirurgickému řešení obezity	14
2.3.1 Indikace k operačnímu zákroku	14
2.3.2 Kontraindikace k operačnímu zákroku	14
2.4 Typy bariatrických operačních zákroků	14
2.4.1 Kombinované výkony	15
2.4.4 Robotické operační systémy v chirurgii	16
2.4.5 Pooperační komplikace chirurgických výkonů a prognóza	16
2.5 Psychoterapie	17
2.6 Prevence obezity	17
2.7 Ošetrovatelská péče o bariatrickou pacientku	19
2.7.1 Edukace	19
2.7.2 Dlouhodobá předoperační příprava	19
2.7.3 Krátkodobá předoperační příprava	19
2.7.4 Bezprostřední předoperační příprava	20
2.7.5 Pooperační péče	20
2.8.6 Pacientská organizace bandingklub.cz	23
3 Použité metody	24
3.1 Cíl práce	24
3.2 Kazuistika	24
3.3 Ošetrovatelský model podle Marjory Gordonové	25
3.4 Ošetrovatelský proces	25
3.5 Etické aspekty	26
4 Případová studie	27

4.1 Základní údaje o pacientce	27
4.2 Anamnestické údaje.....	27
4.2.1 Lékařská příjmová zpráva.....	27
4.2.2 Ošetrovatelská příjmová zpráva	29
4.3 Průběh hospitalizace.....	32
4.3.1 Příjem pacientky na lůžkové oddělení/ 1. den hospitalizační	32
4.3.2 Pooperační den 0. na JIP/ 2. den hospitalizační	33
4.3.3 Pooperační 1. den/ 3. den hospitalizační	34
4.3.4 Pooperační 2. den / 4. den hospitalizační	35
4.3.5 Pooperační 3. den/ 5. den hospitalizační	36
4.3.6 Pooperační 4. den/ 6. den hospitalizační	37
4.3.7 Pooperační 5. den/ 7. den hospitalizační	38
4.5 Farmakoterapie 1. pooperační den za hospitalizace na JIP	38
4.6 Zhodnocení stavu pacientky	40
4.7 Plán ošetrovatelské péče	46
5 Diskuze.....	51
6 Závěr	53
Seznam použité literatury.....	54
Seznam zkratek	57
Příloha.....	60

1 Úvod

Pro téma své bakalářské práce jsem si zvolila možnosti léčby morbidní obezity se zaměřením na chirurgické metody léčby. Vzrůstající prevalence nadváhy a obezity se stala ve vyspělých zemích civilizačním onemocněním 21. století. Český statistický úřad za rok 2016 zveřejnil výsledky šetření zaměřené na českou populaci od 15 let, které za pomoci výpočtů BMI (Body Mass Index) ≥ 30 postihuje s minimálním rozdílem pohlaví 18,7 %.

Světová zdravotnická organizace (dále jen WHO) uvádí, že v roce 2016 bylo více než 1,9 miliard dospělých na světě od věku 18 let a více s nadváhou. Z toho bylo 650 miliónů obyvatel obézních. Přibližně 15% bylo z celkové obézní populace žen a 11% bylo mužů. V roce 2017 uvedla Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj statistiku míru obezity dospělých za rok 2015 a 2016, ve které dosahuje nejvyššího zastoupení obezity v USA, Mexiku, Novém Zélandu a Maďarska. Naopak v Koreji a Japonsku je míra obezity u dospělých nejnižší.

Chirurgická léčba obezity je velmi účinná, ale v závislosti na typu provedeného výkonu. Nese s sebou větší rizika, související zejména se zvýšením specifických rizik operačních výkonů u morbidně obézních. Je-li pacient indikován k chirurgickému postupu léčby, rozhoduje se o typu provedení výkonu dle platných kritérií IFSO – International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders. Cílem bariatrické chirurgie je dosáhnout výrazného až úplného vyléčení komorbidit, provázejících nemocné morbidní obezitou. Dlouhodobé výsledky u pacientů po provedeném operačním výkonu typu gastrického bypassu vedou k redukci tělesné hmotnosti až o 60 % z nadváhy/obezity. U pacientů, kterým byl diagnostikován diabetes mellitus II. typu, lze dosáhnout dokonce plné remise onemocnění téměř až u 80 % (Holéczy, 2013). Jak již bylo zmíněno, má své výhody i nevýhody, ale v Evropě získává metoda gastrického bypassu na popularitě. Bariatrická chirurgie nemá národní ani nadnárodní registr jako např. ortopedie na náhradu kloubů.

Zařízení poskytující komplexní odbornou péči morbidně obézním nemocným (bariatrickým pacientům) musí být technicky i personálně náležitě vybavené.

V praktické části této práce je popsán průběh hospitalizace u pacientky po minigastrickém bypassu se zaměřením 1. pooperační den. Dále jsem se zaměřila na to, zda se klinická praxe odlišuje v ošetrovatelské péči od uvedených postupů v odborné literatuře, časopisech i odborných webových zdrojích.

2 Teoretická část

2.1 Obezita a její etiopatogeneze

Otylost je definována jako nadměrné ukládání tělesného tuku, které způsobuje hlavně dlouhodobý zvýšený energetický příjem společně s poklesem pohybových aktivit vedoucí k celkovému snížení energetického výdeje (Kopecká, 2012). Jde o chronické onemocnění. Obezita je vnímána negativně převážně z estetického hlediska, ale bez včasné diagnostiky a adekvátní léčby vede k závažným zdravotním komplikacím. WHO v roce 1997 vytvořila klasifikaci obezity s riziky zdravotních komplikací podle hodnoty Body Mass Indexu (BMI), (Hainer et al., 2011).

Samotná obezita má tři stupně:

1. stupeň: BMI 30 – 34,9 = středně zvýšené riziko komplikací obezity.
2. stupeň: BMI 35 – 39,9 = velmi zvýšené riziko komplikací.
3. stupeň: BMI od 40 a výše = vysoké riziko komplikací obezity. Je rovněž pojmenována či označována za morbidní obezitu (Hainer et al., 2011).

Rozeznáváme dva typy obezity. Typ gynoidní převládá spíše u žen. Ke zvýšenému ukládání tuku dochází v oblasti stehen a hýždí. Androidní typ obezity je typický více pro muže. Tento typ obezity je znám rovněž také jako obezita viscerální nebo abdominální. K ukládání tuků dochází hlavně v oblasti břicha. Ze zdravotního hlediska je mnohem závažnější. Častěji způsobuje kardiovaskulární onemocnění a metabolické komplikace (Brychta et al., 2014).

Faktory vedoucí ke vzniku a rozvoji obezity je možné rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné.

Ovlivnitelnými faktory (zevního prostředí) může být výživa a její složení, nedostatek tělesné aktivity a mohou se zde uplatňovat i vlivy psychogenní (např. nedostatek spánku, dlouhodobý stres, emočně vypjaté situace: úraz, úmrtí, změna zaměstnání, změny nálad vedoucí k úzkostným až depresivním stavům). Z hlediska socioekonomického hrají svoji roli důležité faktory, jako je vzdělání, sociální postavení, zaměstnání a ekonomické zajištění. Na vzniku obezity se mohou podílet i některá farmaka, např. hormonální (antikoncepce, antiandrogenní léčba) a některá psychofarmaka (Machová et al., 2015).

Neovlivnitelné faktory jsou věk, pohlaví, etnika, hormonální nebo genetické vlivy. U žen může být příčinou vzniku obezity riziková období jako je např. těhotenství, kojení a klimakterium (Svačina, 2013).

2.1.2 Diagnostika obezity

Diagnostika obezity není zcela jednoduchá. Zahrnuje řadu klinických vyšetření a rozborů stravovacích i tělesných návyků nemocných. Obezita může být primární onemocnění, ale také může být sekundárním projevem jiného onemocnění (Hainer et al., 2011).

Anamnéza je základním zdrojem dat. Probíhá formou rozhovoru mezi pacientem a lékařem. Sběr dat je veden s cílem získat osobní, rodinnou, farmakologickou, gynekologickou, alergickou, pracovní a sociální anamnézu. V obezitologii je rozhovor mimo jiné zaměřen na samotné stravovací návyky, nutriční hodnoty stravy a pohybovou aktivitu. Důležitou součástí jsou rozhovory již proběhlých typů léčby obezity a jejich výsledky. Zjistit, co bylo pro pacienta přijatelné, nebo kde naopak nedokázal původně stanovenou léčbu dodržovat (Freid, 2011).

Laboratorní vyšetření podstupuje každý obézní pacient. Jedná se o hematologické (krevní obraz) i biochemické (lipidogram – cholesterol, HDL, LDL, VLDL a triglyceridy, dále jsou to jaterní testy, glykemie, urea, kreatinin, ionty – sodík, draslík a chloridy, celková bílkovina, železo, vápník, CRP) rozbor (Svačina, 2013).

Rozšíření laboratorních vyšetřovacích metod je indikováno z důvodu prokázání nebo vyloučení obezity jako symptomu. Nejčastěji jde o screening thyreopatie (krevní odběry na TSH, T3, T4, fT3, fT4, protilátky a TPO), o syndrom polycystických ovárií (krevní odběry na LH, FSH, androgeny), k vyloučení Cushingova syndromu (sběr moči v časovém období 24 hodin pro stanovení hladiny kortizolu) nebo k diagnostice hyperestrogenismu u mužů, který vede k adenomům či karcinomům kůry nadledvin (krevní odběr na estrogeny), (Svačina, 2013).

BMI je nejběžněji používaný indikátor pro výpočet tělesné hmotnosti v souvislosti s věkem a pohlavím. Vypočítá se pomocí vzorce, kdy $BMI = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška (m}^2\text{)}$. Tabulka udávající výsledky dle výpočtu se různí podle etniky. Je odlišná pro populaci východní, pro populaci obývající Evropu či západní svět a sportovce. Výsledky BMI sportovce (svaly jsou hmotnostně těžší, než zastoupení tukové složky), (Doležalová, 2012).

Antropometrické měření je snadnou metodou pro určení distribuce tuku v poměru mezi obvodem pasu a boků. Obvod pasu se měří ve středu mezi dolním okrajem

žebra a vrcholem kosti kyčelní. Riziko metabolických komplikací vzrůstá u žen s pasem > 80 cm a u mužů s > 94 cm. Obvod boků je měřen přes hýždě ve vzpřímené poloze. Riziko metabolických komplikací vzrůstá u žen s > 88 cm a u mužů s > 102 cm. K vyhodnocení se používá WHR index (Waist to hip ratio), kdy $WHR = \text{obvod pasu (cm)} / \text{obvod boků (cm)}$. WHO roku 2011 vydala tabulku s hodnotami WHR indexu a riziky metabolických komplikací s výrazným nárůstem za výpočtu $\geq 0,85$ cm u žen a u mužů s $\geq 0,90$ cm (Pastucha, 2014).

Bioelektrická impedance je časově nenáročné vyšetření nezatežující pacienta. Stanovuje se odpor tkání oproti průchodu proudu, který je o vysoké frekvenci, ale nízké intenzitě. Elektrody jsou přikládány dvě nebo čtyři. Pokud se přikládají dvě, tak jedna se dá na zápěstí, druhá nad kotník a obě tyto elektrody musí být na pravé straně. V případě čtyř elektrod se přikládají na obě zápěstí a nad oba kotníky. Potom existuje například možnost měření, kdy se pacient postaví plnou vahou na váhu, která má elektrody umístěné pod chodidly nohou (Hainer et al., 2011).

Duální rentgenová absorpciometrie (DEXA) je vyšetření, které stanoví centrální podíl tukové tkáně v oblasti břicha, tzv. viscerálního tuku a podílu periferního tuku v oblasti končetin. Běžně se tato vyšetřovací metoda využívá k posouzení hustoty a stavu kostí. Jedná se o metodu náročnou na vybavení pracoviště i z časového hlediska (Hainer et al., 2011).

2.1.3 Komplikace obezity

Obezita se podílí na vzniku a zhoršení metabolických onemocnění. Dochází k mechanickému dráždění vedoucí ke komplikacím. Zároveň se může podílet na psychosociálních změnách jedince.

Metabolické komplikace bývají projeveny jednotlivými komorbiditami, které souvisejí s obezitou, nebo již došlo ke změnám vedoucí k metabolickému syndromu. Ten byl dříve označován jako tzv. hyperplastický syndrom nebo hyperplastická obezita. Je popisován už v osmdesátých letech Kaplanem pod uvedeným názvem tzv. „smrtícího kvarteta“. To zahrnuje samotnou obezitu, arteriální hypertenzi, diabetes mellitus 2. typu a hyperlipoproteinémií (Hainer et al., 2011).

Mechanické poškození se objevuje u mladších obézních s příznaky počínající osteoartrózy projevující se bolestmi kloubů, které mohou být doprovázeny bolestmi svalů. Objevuje se bolestivost v oblasti zad, otoky dolních končetin, vznik varixů, viditelná celulitida. Dochází k zhoršení hojení ran, hypoventilaci ve spánku, stresové

inkontinenci a zvýšenému pocení, které může vést až k opruzeninám (Svačina, 2013).

Psychosociální komplikace u obézních pramení z projevů diskriminace společností formou posměchu, vyřazení z kolektivu v osobním i pracovním životě, což se negativně odráží na psychickém stavu. Naopak pro někoho mohou být tyto traumatické situace motivací vedoucí ke zlepšení životního stylu. Podpora rodinných příslušníků, blízkých osob, partnera nebo zdravotnického personálu je proto velmi důležitá (Herlesová et al., 2013).

2.1.4 Chirurgické řešení obezity

Morbidní obezita je závažné onemocnění s multifaktoriální etiopatogenezí doprovázené četnými komorbiditami. Bez (včasného) zahájení adekvátní léčby je prognóza těchto nemocných nepříznivá, protože se vzrůstající tělesnou hmotností, a zvláště pak v pásmu morbidní obezity (BMI 40 a více) výrazně stoupá i riziko předčasného úmrtí. V roce 2015 uvádí Nemocnice Na Homolce, že mladí muži s těžkou (morbidní) obezitou mají až 12krát vyšší pravděpodobnost úmrtí než vrstevníci s normální tělesnou hmotností. Ve věku 50 let a více s BMI > 40 je relativní riziko smrti až 3,8krát vyšší oproti neobézním stejné věkové kategorie. Léčba patří do rukou zkušeného multioborového týmu, který dle aktuálního stavu pacienta a zhodnocení výsledků provedených vyšetření, stanoví optimální individuální způsob jeho léčby. Může být konzervativní, endoskopická či chirurgická.

Začátky bariatrické chirurgie se datují k polovině 20. století. Odvíjely se od operačních výkonů (např. resekce žaladku, tenkého střeva) nesouvisejících s obezitou. Cílem pro bariatrii bylo dosáhnout maximálního požadovaného efektu s minimem komplikací. V současné době je úhrada bariatrických operačních výkonů v České republice plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. *Bariatrická nebo tzv. metabolická chirurgie* je multidisciplinární obor, jehož součástí musí být internista obezitolog, psycholog zaměřen na problematiku obezity, gastroenterolog, nutriční terapeut, bariatrický chirurg a anesteziolog. Chirurgické výkony v rámci bariatrie lze z principu výsledného efektu na redukci hmotnosti rozdělit na výkony malabsorpční, restriční a kombinované (Šrámková, 2013).

2.2 Historie a vývoj chirurgického řešení obezity

K výrazně dobrým úspěchům léčby obezity vedlo propojení medicínských profesí. V období mezi 50. a 60. lety 20. století se čeští chirurgové spojili s českými internisty s cílem zkvalitnění léčby obezity. Nejvýznamnější představitelé jsou například Marie Pešková, Jaromír Sváček nebo Jiří Soňka. Mezioborová spolupráce byla v dané době naprosto unikátní a průlomová. Postupem času vedla k navázání dalších medicínských oborů, kterými byli např. internisti endokrinologové, obezitologové nebo diabetologové. Základnou pro výzkum se stala Univerzita Karlova – 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze. Později se problematikou obezity začali zabývat další pracoviště v Ostravě, Plzni, Brnu a dalších městech. Profesorka Pešková se v 80. letech 20. století významně podílela na vedení bariatrických operací a profesor Svačina se podílel na samotných indikacích k bariatrickým operačním výkonům. To byl pokrok vedoucí k významnému rozvoji bariatricko-metabolické chirurgie. Česká republika byla mezi 7 členy z celého světa ze zakladatelů mezinárodní společnosti IFSO, která uspořádala první celosvětový kongres v Praze a později se v Praze založila evropská sekce IFSO společnosti (Fried, 2017).

Na začátku chirurgické léčby obezity s cílem poklesu tělesné hmotnosti, bylo využíváno jediné metody – BMI. Operační výkony vedly ke zmenšení objemu žaludku nebo ke snížení absorpce přijatých živin potravou. Postupem času se technické provedení různých výkonů zlepšovalo. Laparoskopický trend byl původně u velmi obézních jedinců kontraindikován. V 90. letech bylo dokázáno, že miniinvazivní přístup obnáší více výhody a jsou pro tyto pacienty adekvátnější (Fried, 2017).

Metabolická chirurgie se zaměřuje na léčbu přidružených onemocnění spojených s obezitou. Někdy je indikována dokonce i u pacientů s „pouhou“ nadváhou. Cílem těchto postupů je efektně ovlivnit metabolické procesy, nikoliv pouhého dosažení úbytku tělesné hmotnosti. Dodnes uznávaná literatura prvního pojetí o metabolické chirurgii vyšla roku 1978. Autoři byli dva američtí lékaři – Buchwald H. a R. L. Varco. I zde docházelo postupně k vývoji operačních metod. Dnes se klade důraz také na šetrnost celého operačního výkonu. Přistupuje se proto k laparoskopickým či robotickým výkonům (Fried, 2017).

2.3 Indikace a kontraindikace k chirurgickému řešení obezity

Laparoskopické výkony jsou vázány pro všechny pacienty z hlediska indikace či kontraindikace stejnými kritérii. V metabolické chirurgii jsou kritéria specifická s návazností na obecné zásady.

2.3.1 Indikace k operačnímu zákroku

V roce 2017 SAGES – Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons doporučila kritéria pro indikaci k bariatrické operaci s cílem minimalizace rizik souvisejících s obezitou. Požadovaný věk od 18 do 65 let. Indikace podle BMI u ≥ 40 , při prokázané komorbiditě související s obezitou s BMI ≥ 35 . Nedostatečný efekt nebo selhání předchozí konzervativní léčby. Opakované jo-jo efekty. Předpoklad odpovídající spolupráce pacienta a přijetí doživotní změny ve stravování.

2.3.2 Kontraindikace k operačnímu zákroku

Kontraindikace je úzce individuální a lékař má k dispozici nejen Evropské doporučení interdisciplinární pro chirurgickou léčbu těžké obezity, ale také nadnárodní doporučení organizace IFSO. Hlavními důvody k vyloučení z chirurgického léčebného řešení je věk pod 18 let nebo nad 65 let. Chybí-li předchozí konzervativní léčba. Současný zdravotní stav neumožňuje podstoupení celkové anestezie. Neslučitelnost plánované léčby se současným zdravotním stavem, např. onkologické onemocnění, velké až obrovské ventrální kýly, adheze mezi břišními orgány. Prokázané poruchy psychické (např. bulimie, deprese) a gravidita (Fried, 2014).

2.4 Typy bariatrických operačních zákroků

Chirurgická oblast nabízí v dnešní době tři oblasti typů výkonů výhradně miniinvazivní cestou. **Restrikční výkony** spočívají ve zmenšení objemu žaludku. Cílem je omezit množství přijímané stravy bez ovlivnění vstřebávání přijatých živin. Mezi restrikční výkony se řadí adjustabilní bandáž žaludku, sleeve gastrektomie a plikace žaludku. **Malabsorpční výkony** jsou další skupinou chirurgických metod založených na zmenšení vstřebávací plochy pro přijaté živiny. Hlavním zástupcem této metody je biliopankreatická diverze. I když u tohoto výkonu dojde ke zmenšení

žaludku, stále převládá výrazné zmenšení absorpční plochy, a proto je tento typ chirurgického řešení spíše řazen k výkonům malabsorpčním. Poslední oblastí v bariatrické chirurgii jsou používané **výkony kombinované**. Principem kombinovaných výkonů spočívá v úpravě objemu žaludku a zmenšení plochy ke zpětnému vstřebávání přijatých živin organismem. Dnes jsou používány dva typy řešení, a to Roux Y gastrický bypass a minigastrický bypass (Doležalová, 2012).

2.4.1 Kombinované výkony

Spočívají v propojení restričních a malabsorpčních operačních výkonů. Pacient je schopen přijímat malé množství stravy v jedné dávce a plocha k vstřebávání živin je zkrácena. Jedná se o nevratné typy výkonů. V ambulantní péči je nutné sledovat hodnoty hladin makronutrientů i mikronutrientů (Doležalová, 2012).

Roux Y Gastrický bypass byl poprvé použit v roce 1966 E. E. Masonem v USA (Doležalová, 2012, str. 45). Pro časté komplikace (např. nově vzniklé vředy v anastomóze nebo biliární ezofagitidy) vytvořen nový postup podle Rouxe, který je používán do dnes. Operační výkon spočívá ve zmenšení proximální části žaludku na 20-50 ml. Distální větší část žaludku se vyřadí z funkce. Na tenkém střevě dojde k přerušení v úseku mezi koncem duodena a začátkem jejunum. Jejunum se napojí na vzniklý žaludeční pouch. Duodenum odstupující z nefunkční části žaludku se napojí anastomózou na funkční jejunum. K našíti anastomózy musí dojít minimálně 45 cm za tzv. Treitzovým ligamentem. Při nedodržení minimální doporučené délky by docházelo k refluxu potravy do duodenální části. Operační výkon připomíná po kompletním napojení obou anastomóz písmeno Y (Hainer et al., 2011).

Minigastrický bypass lze chirurgicky vytvořit pomocí jedné anastomózy, který svým tvarem připomíná znak omegy. Žaludek se chirurgicky zmenší na velikost 20 – 50 ml. Tenké střevo se přibližně v délce 150 - 200 cm od pylorusu našije formou anastomózy na vzniklý žaludeční pouch (Brychta et al., 2014). Přijímaná strava v menších dávkách a zkrácená délka k vstřebávání živin slouží stejně jako u gastrického bypassu. Jsou prokázána nižší rizika komplikací. Jedná se o metodu cenově dostupnější pro pacienty, kteří si operační výkon hradí sami (Cobourn, 2017).

2.4.4 Robotické operační systémy v chirurgii

Technologický vývoj miniinvazivních metod zastupuje počítačem asistovaný robot. Nemocnice Na Homolce z roku 2012 uvádí, že robotické operační systémy se skládají z operační konzole (tzv. víceramenný multimotorický systém), přístrojové věže a ovládací konzolí. Celý systém zvyšuje nejen přesnost, ale i kontrolu se zručností provedeného výkonu a tím i bezpečnost pacienta (např. jemnější a šetrnější šití). Nelze jich dosáhnout pouze lidským faktorem, jako tomu je u běžných laparoskopických metod. Rozdíl mezi nástroji k laparoskopii a robotem je, že nástroje robota jsou výrazně užší a ohebné. To umožňuje operátorovi mnohonásobně lepší přístup i v méně přehledných a hůře dostupných místech. Další výhodou je zorné pole operátora, které je trojrozměrné (laparoskopické metody nevyhodnotí hloubku, jako tomu je u robotického systému).

Operace robotickým systémem má dvě části. První je laparoskopická, kdy jsou provedeny základní úkony, jako tomu je u laparoskopických operací. V druhé části usedne operátor za ovládací konzoli a začne v plánovaném výkonu. U dlouho trvajících operací při laparoskopiích je chirurg/operátor postupně vyčerpán a může se dostavit třes rukou a nepřesnost pohybů. Robot těmto pohybům zabrání (Bhandari, 2017).

2.4.5 Pooperační komplikace chirurgických výkonů a prognóza

Negativně mohou ovlivňovat komplikace normální pooperační vývoj. Vznikají v souvislosti na proběhlou anestezii či samotný chirurgický výkon. Dělíme je na komplikace časné, pozdní a dlouhodobé.

Časné komplikace jsou nejčastěji zastoupeny poruchami až selháním kardiopulmonálního oběhu, poškozením centrální nervové soustavy projevující se poruchami vědomí, krvácením, časnou dehiscencí anastomózy nebo chrapotem či bolestmi v krku po intubaci (Doležalová, 2012).

Pozdní komplikace přicházejí s časovým odstupem od operačního výkonu. Mohou se projevit trombembolickou nemocí, zánětlivými změnami na dýchacím ústrojí, infekčními stavy s místním nebo celkovým projevem nebo sekundárním hojením operačních ran (Janíková et al., 2013).

Z dlouhodobého hlediska se může vyskytovat jícnový reflux, iontové disbalance, průjemové stavy, hypovitaminóza nebo kolísavé hodnoty glykemií. Ty jsou především závažné u dostavení hypoglykemického kóma (Hainer et al., 2011).

Prognóza bariatrických výkonů je rozdílný s ohledem na stupeň obezity, zvolený operační výkon a compliance pacienta. K poklesu tělesné hmotnosti dochází po všech uvedených bariatrických operačních výkonech, ale výsledky jsou individuální (Brychta et al., 2014).

2.5 Psychoterapie

Kognitivně-behaviorální metoda vedená psychologem je koncipována k osvojení si teoretických i praktických dovedností v přístupech za účelem redukce tělesné hmotnosti. Cílem je, aby nedošlo k zpětnému návratu k původním nevhodným zvyklostem ve stravování a životním stylu. Techniky jsou věnovány sebekontrolé. Jde o uvědomění si a nácvik dovedností v sebekontrolě, schopnosti sebeovládání a techniky vedoucí ke kontrole samotného stravování. Kognitivní techniky mají za cíl pomoci ovlivnit negativní myšlenky, postoje, chování a emoce, stanovit reálné cíle a plány k jejich dosažení. Další technika je relaxační, která má za cíl uvolnit a odreagovat pacienta jinak než jídlem, jak byl doposud zvyklý (Kopecká, 2012).

Tyto metody jsou součástí kompletního léčebného systému péče o nemocného morbidně obézního a zvyšují úspěšnost komplexní léčby obezity. Jsou zejména uplatňovány u pacientů s depresemi, funkčními sexuálními poruchami nebo také s rodinnými problémy (Herlesová et al., 2013).

2.6 Prevence obezity

Účinným nástrojem moderní medicíny je prevence, která je koncipována za účelem snižování výskytu nemocí pomocí aktivního ovlivňování rizikových faktorů.

Primární prevence je založena na principu předcházení vzniku onemocnění a zabránění poškození organismu. Z hlediska obezity je důležité se zaměřit na rizikové pacienty s genetickou dispozicí (Machová et al., 2015).

Sekundární prevence se zabývá již projeveným vznikem onemocnění. Cílem této prevence je návrat k fyziologickému stavu nebo alespoň zabránění progresi nemoci. U obézních se zaměřuje na aktuální tělesnou hmotnost, nejčastěji pomocí BMI a postupy ke snížení celkové hmotnosti. Dále se věnuje sledování a léčbě případným přidruženým onemocněním, které jsou nejčastěji zastoupeny hypertenzí, diabetem mellitem 2. typu, neplodností, metabolickým syndromem a jinými možnými dalšími důsledky korespondující se stavem obezity (Machová et al., 2015).

Terciální prevence je zaměřena na pacienty, u kterých došlo k rozvinutí obezity a orgánové postižení je ireverzibilní. Komplexní léčbou lze předejít progresi celkového stavu až případnému úmrtí (Machová et al., 2015).

Ministerstvo zdravotnictví ČR vydalo roku 2015 Národní akční plán proti obezitě, který je součástí Národního programu Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. Posláním tohoto plánu je zvládnutí epidemie obezity, prodloužení života a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. Účelem je poskytnutí adekvátní potřebné péče všem obyvatelům bez rozdílu.

Česká obezitologická společnost svým úsilím pod záštitou České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSL JEP) sdružuje všechny odborníky zabývající se prevencí a léčbou obezity. Cílem je zajišťovat a zvyšovat vzdělávání v obezitologii pregraduálně i postgraduálně, podpora výzkumné oblasti za účelem vypracování doporučených postupů diagnostických i léčebných. Společnost pořádá každý rok konference a informace předávají odborníkům, ale i laické veřejnosti pomocí tisku či médií (Hainer et al., 2011).

Ministerstvo dopravy se na prevenci obezity podílí např. rozvojem cyklistické infrastruktury. K prevenci obezity dochází dokonce už na úrovni předškolního věku za podpory Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Boj proti obezitě podporují i nestátní organizace různými programy tvořenými ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a rekondičními centry po celé ČR (Hainer et al., 2011).

V roce 2007 byla vydána Bílá kniha s navrženou strategií pro Evropu se zaměřením na problémy související s výživou, nadváhou a obezitou. Jsou v ní uvedené změny v rámci veřejné prevence na úpravu proti obezitogennímu prostředí v oblastech fyzické aktivity (např. dostupnost sportu a prostor k nim určených, zajištění možností pro aktivní trávení volného času) a výživy (např. ovlivnění potravinářského průmyslu za účelem poskytování zdravějších a kvalitnějších potravin s finanční dosažitelností, omezení klamných reklam). Strategie zahrnuje i vzdělávání a informovanost pro zvyšování kvalitní výchovy ke zdraví (Hainer et al., 2011).

2.7 Ošetrovatelská péče o bariatrickou pacientku

2.7.1 Edukace

Od indikace k operačnímu výkonu, po celý průběh hospitalizace i v ambulantním režimu pravidelných kontrol je pacient/pacientka postupně informována a poučena o mnoha záležitostech související s operačním výkonem, postupech, potřebných vyšetření, očekávaných výsledků i možných komplikacích.

Při **poučení** je pacientka seznamována s konkrétní věcí (např. jak se starat o operační ránu, která se hojí per primam). **Edukace** je výchova edukátorem pacientky k poskytování zdravotní péče. Jde o dlouhodobý proces, ke kterému je použita ústní i písemná forma informací, použití pomůcek a nácvik dovedností. Pokud je to možné, je vhodné zapojit do edukačního procesu příbuzné, rodinu nebo osobu blízkou. Úspěšné ukončení edukačního procesu je nutné ověřit zpětnou vazbou, zda edukovaná pacientka získala všechny potřebné vědomosti i dovednosti (Vondráček et al., 2011). Nejčastěji je známá role sestry edukátorky u pacientů s diabetes mellitus nebo u pacientů s vyvedenou stomií na břišní stěnu (např. kolostomie, ileostomie nebo urostomie).

2.7.2 Dlouhodobá předoperační příprava

Pro indikaci bariatrickým chirurgem pacientky k operačnímu výkonu jsou nutná předoperační vyšetření, která musí podstoupit každý pacient chystající se k plánovanému operačnímu výkonu (např. klinické + laboratorní vyšetření, EKG, interní vyšetření a jiné). V bariatrické chirurgii jsou nutná další specifická vyšetření k finální indikaci pacientky lékařem k výkonu. Mezi tyto vyšetření patří: ultrazvuk břicha, fibroskopie, spirometrie, psychologické nebo psychiatrické vyšetření a konzultace s nutričním terapeutem (Bartůněk et al., 2016).

Výsledky z interního předoperačního vyšetření internistou nesmí být staršího data 14 dní do podstoupení plánovaného operačního výkonu (Slezáková et al., 2010).

2.7.3 Krátkodobá předoperační příprava

Krátkodobá předoperační příprava je v časovém rozmezí vymezena na 24 hodin před podstoupením plánovaného operačního výkonu. Přípravu pacientky je možné rozdělit do třech fází na **somatickou** (pacientka lační alespoň 6 – 8 hodin před

operačním výkonem, spontánní mikce před překladem na předsálí, střevní příprava ordinovaným přípravkem, důkladná příprava operačního pole, dostatečné zajištění podmínek pro dobrý spánek a podání medikace dle ordinace anesteziologa, prevence TEN (tromboembolická nemoc) aplikací nízkomolekulárním heparinem, **psychickou** (nebagatelizujeme postoj a dotazy pacientky, snažíme se vše jasně vysvětlit, zdravotnický personál je oporou pacientce) a přípravu **anesteziologickou** (během dne se dostaví anesteziolog a seznámí pacientku s typem anestezie, jejím plánovaným průběhem a možnými komplikacemi), (Slezáková et al., 2010).

U obézních pacientů je důležité věnovat zvýšenou pozornost operačnímu poli – oblasti celé břišní stěny z důvodu možného porušení kožní integrity, eventuálně k odhalení různých kožních patologických projevů, ke kterému může dojít mechanickým poškozením. Snahou ošetřujícího personálu by mělo být zajištění periferního žilního vstupu před předáním pacientky na operační sál – pokud je to možné. Dalším důležitým krokem je připravit adekvátní velikost kompresivních elastických punčoch, popř. obinadel pro vytvoření bandáží na dolních končetinách. Komplexní příprava pacientky k operačnímu laparoskopickému výkonu se neliší od jiných plánovaných operačních výkonů na trávícím traktu. Příprava pacientky probíhá podle zvyklosti vybraného pracoviště zdravotnického zařízení (Bartůnek et al., 2016).

2.7.4 Bezprostřední předoperační příprava

Jedná se o časové rozmezí dvou hodin do začátku operačního výkonu. Zdravotní sestra připravující pacientku k předání na operační sál zkontroluje pacientce zavedený periferní žilní katetr, operační pole – břicho i všechny kožní záhyby, zajistí vhodné kompresivní punčochy a jejich natažení na dolní končetiny, odložení všech šperků a prádla (pacientka má na sobě pouze oblečení povolené daným pracovištěm). Před předáním pacientky na operační sál také sestra zkontroluje dokumentaci pacientky (např. doložení všech nutných souhlasů a jejich podepsání, splnění všech ordinací lékaře podle ordinace lékaře (Slezáková et al., 2010). Premedikace zde není indikována z důvodu operačního výkonu na žaludku.

2.7.5 Pooperační péče

Pooperační ošetrovatelská péče začíná předáním pacientky anesteziologem na intenzivní lůžko. Podle zdravotního stavu pacientky bude indikována nutnost lékařem pro pobyt a poskytovanou péči na lůžku intenzivní péče. Mezi běžnou

monitoraci intenzivní péče patří sledování a monitorování psychického i neurologického stavu, bilance tekutin a diurézy, TK = krevního tlaku (neinvazivní x invazivní metody), TF = tepové i DF = dechové frekvence, SpO₂ pulzní = oxymetrie, TT = tělesné teploty, péče o invazivní vstupy i operační rány, prevence TEN (kompresivními punčochami, aplikací nízkomolekulárního heparinu). Důležité je vést kvalitně analgetickou terapii a zahájit včasnou rehabilitaci. Cílem komplexní pooperační péče je navrátit pacientku v nejkratším časovém období zpět do běžného života. Specifikem po podstoupení bariatrického výkonu je vyšetření, které probíhá 1. pooperační den na RTG pracovišti s cílem zkontrolovat polykacím aktem za pomoci kontrastního roztoku pevnost anastomóz (Bartůněk et al., 2016).

Používaná technika musí být pravidelně kontrolována a evidována ve zdravotnickém zařízení i v dokumentaci pacientky. U pacientů s morbidní obezitou musí být použita k měření krevního tlaku vhodná manžeta určená pro pacienty o nadměrné velikosti (např. tento typ velikosti manžety může být použit i u sportovců kulturistů). Při použití běžně používané manžety pro pacienty, by mohlo dojít ke zkreslení naměřených hodnot nebo by k měření pro nedostatečnou velikost manžety nemuselo vůbec dojít.

Průběhu celé hospitalizace je monitorována **bolest** (akutní bolest – vyznačující se trváním méně než 3 měsíce) a její léčba pomocí VAS = vizuální analogové škály na stupnici od 0 do 10, kdy bolest vyjádřená číslem 0 – pacientka nemá bolest a číslem 10 – je hodnocena jako bolest nejsilnější, nesnesitelná. Důležité je charakterizovat její lokalizaci, intenzitu, kvalitu (např. řezavá, vystřelující, bodavá a jiné) a typ bolesti (např. související s operačním výkonem). Medikace je neopioidní analgetikum nebo opioid. Ramsey škála sedace je založená na subjektivním posouzení pacientů, u kterých může podávání analgetik navozovat změnu vědomí. Úroveň bdělosti je posuzována podle reakce pacienta (1. agitovaný, úzkostný pacient; 2. spolupracující, klidný pacient; 3. pacient reaguje pouze na výzvu), (Kapounová, 2007).

Ošetrovatelská péče o **operační rány** musí probíhat aseptickým způsobem, šetrně, obnažujeme pouze část těla potřebnou k převazu. Tímto postupem přispíváme k hojení ran primárním způsobem, kdy dochází k tvorbě granulační tkáně a vzniku úzké jizvy. Typickým znakem je přilnutí krajů ran k sobě a nejsou zde žádné známky infekčních komplikací (např. lokální edém, zarudnutí, nepřilnutí okrajů ran k sobě). Převazy jsou prováděny s cílem k výměně krytí, kontroly operačních ran a jejich okolí. Vhodný obvaz vede např. proti bakteriální kontaminaci ran a měl by dobře přilnout ke kůži (Streitová et al, 2015).

Materiál i četnost převazů je daná pracovištěm zdravotnického zařízení.

Korugovaný drén je spádového charakteru, který je zaveden do dutiny břišní a je krytý sběrným sáčkem. Sběrný sáček kolem celého drénu fixován ke kůži a je možné obsah sběrného sáčku měřit a slévat. Pravidelné kontroly jeho přilnutí a obsahu je nezbytnou součástí po celou dobu jeho zavedení.

Zajištění invazivního vstupu formou **CŽK (centrální žilní katétr)** musí být indikováno lékařem a pro zvýšení bezpečnosti výkonu je vhodné použití ultrazvuku. Jeho zavedení musí být indikováno lékařem. CŽK slouží pro rychlou dodávku infúzí a transfúzí, k podávání léčivých látek/přípravků a umožňuje měření centrálního venózního tlaku. Nejčastěji jsou volena místa pro zavedení: vena jugularis interna, vena subclavia nebo vena femoralis. Pro kontrolu správného zavedení katétru se po výkonu indikuje RTG. Aseptická péče a ošetření katétru při jeho zavedení i následném ponechání na dobu nezbytně nutnou předchází vzniku možné infekční komplikaci (Bartůněk et al., 2016).

Materiál používaný k aseptickým převazům je dán dostupným materiálem a směrnicemi zdravotnického zařízení.

Permanentní močový katétr (PMK) je zaváděn za účelem kontinuálního odvodu moči a jejího sběru u pacientů, kteří jsou méně mobilní až imobilní nebo z důvodu anestezie, analgosedace. Zdravotní sestra smí cévkovat pouze ženy, u kterých je volen Foleyův katétr → má rovný a zaoblený konec, umožňuje fixaci v močovém měchýři za pomoci balonku (Bartůněk et al., 2016).

Význam jeho zavedení je v pooperačním období důležitý. PMK umožňuje lépe sledovat odvod moče a množství v časových intervalech a vyhodnocení celkové bilance. V pooperačním období je PMK komfortnější pro samotnou pacientku z hlediska intimní hygieny a udržení si čistoty pokožky z důvodu snížené mobility z důvodu infuzní terapie, měření a sledování FF, snížené mobility. Má úloha zdravotní sestry v péči o PMK spočívala v důkladné, srozumitelné informovanosti pacientky s následným poučením o správné manipulaci s PMK, zvýšené intimní hygieně pacientky a důležitosti čistého lůžka, které zajišťuje ošetřující personál (např. kdyby došlo k rozpojení Foleyova katétru se sběrným sáčkem, unikla by moč do lůžka).

Dietní režim je řízen typem operačního výkonu a anestezií. Strava musí být pro pacientku připravena tak, aby byla dobře stravitelná a nehrozilo poškození daného orgánu. Příklad diet používaných ve zdravotnickém zařízení: dieta č. 3 – racionální, dieta č. 8 – redukční, dieta č. 9 – diabetická (Slezáková et al., 2010).

Důležité je přistupovat individuálně. Po operacích v bariatrii je přistupováno k zátěži trávicího traktu postupně od stravy tekuté, přes šlehanou až ke kašovitě a opět k racionální.

Včasná **rehabilitace** přispívá k prevenci pooperačních komplikací. Dělíme ji na aktivní a pasivní a probíhá pod dohledem fyzioterapeuta. Vhodný je nácvik dechové

gymnastiky, aktivního cvičení dolních končetin a správné vertikalizace již před podstoupením operačního výkonu (Slezáková et al., 2010).

Cílem celého ošetřujícího týmu je navrácení pacientky z hlediska schopnosti sebezpečí bez dopomoci, v co nejkratším časovém období s ohledem na pooperační stav.

Po indikaci lékařem dojde k přeložení pacientky na standardní oddělení. Pacientku je možné propustit do domácího ošetřování podle aktuálního zdravotního stavu a zjištění sociálního zázemí. Pokud je pacientka schopna sebezpečí a plnění všedních potřeb, je možné ji propustit do domácího ošetřování. V případě potřeby je možné zajistit domácí péči.

2.8.6 Pacientská organizace bandingklub.cz

Volně přístupná webová stránka www.bandingklub.cz je zaměřená pro laickou veřejnost. Web je vhodný pro budoucí pacienty, kteří chtějí načerpat další informace k možnostem léčby morbidní obezity. Zároveň je vhodným komunikačním portálem pro pacienty, kteří již bariatrický výkon podstoupili. Mohou si zde navzájem sdělovat své očekávání, obavy, problémy stojící za vznikem obezity a vše, co s touto problematikou souvisí formou on-line diskuzního fóra nebo plánovaných setkání. Tato možnost je pro ně velmi dobrou i z psychického hlediska.

Klub je založený roku 2004 a pacienti si zde můžou. Dostupné informace jsou na webových stránkách www.bandingklub.cz.

3 Použité metody

3.1 Cíl práce

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo seznámit s průběhem hospitalizace u pacientky po minigastrickém bypassu pro morbidní obezitu. Dále jsem prováděla srovnání, zda se klinická praxe neodlišuje v ošetrovatelské péči od uvedených postupů v odborné literatuře, časopisech i odborných webových zdrojích.

3.2 Kazuistika

Pro tuto práci jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu, a to případovou studii (kazuistiku). Představuje ucelené a podrobné informace o jedné osobě (pacientce). Zvolená osoba je vždy cíleně vybraná za účelem sledování nových hypotéz, sledování badatelových cílů a jiné. Pro tvorbu kazuistické práce musí být splněny jisté předpoklady (např. zkoumající musí mít o dané problematice teoretické znalosti), mít zdroje informací (např. zdravotnickou dokumentaci), metodologický postup a strukturu. Struktura kazuistické práce začíná anamnézou, následně katamnézou (popisem), analýzou s interpretací. V poslední části případové studie je obsažena diskuze a závěr (Kutnohorská, 2009).

Uvedená data a šetření byla zjištěna i získána za pomoci rozhovoru s pacientkou a ošetřujícím personálem, pozorováním pacientky, analýzou a nastudováním zdravotnické dokumentace, standardů zdravotnického zařízení i odborné literatury. Odbornou literaturu jsem získala zapůjčením v Národní lékařské knihovně s vypracováním rešerše. Dále jsem měla k dispozici knihovnu zdravotnického zařízení, kde jsem zpracovávala vybrané téma a přístup do knihovny ÚVI 1. LF UK s využitím internetového přístupu k odborné literatuře přes univerzitní prohlížeč UKAŽ. Ten je k dispozici studentům na webových stránkách 1. LF UK Praha v odkazu na knihovnu, Portál elektronických zdrojů. Potřebné informace jsem také čerpala z databází jako je Medvik či PubMed.

Pro mou bakalářskou práci jsem si vybrala pacientku, která byla na pracoviště přijata po indikaci bariatrickým lékařem k plánovanému minigastrickému bypassu. Osobně jsem se podílela na ošetrovatelské péči o tuto pacientku 1. pooperační den, kdy byla hospitalizována na JIP. Velmi mě zaujala svou motivací pro radikální řešení jejího zdravotního stavu, snahou spolupráce a zájmem o postupech lékařských i ošetrovatelských intervencí v následujících dnech za účelem včasné rekonvalescence.

3.3 Ošetrovatelský model podle Marjory Gordonové

Marjory Gordonová ve svém modelu vychází z toho, že všichni jedinci mají společné určité typy chování, které souvisejí s jejich zdravím, kvalitou života, s rozvojem jejich schopností a dosažením plného lidského potencionálu. Stav zdraví vyjadřuje bio-psycho-sociální (celostní) integritu člověka – porucha v jedné oblasti narušuje rovnováhu a zdraví celého organismu (Mastiliaková, 2014, str. 64).

Marjory Gordonová navrhla pro tvorbu komplexní ošetrovatelské anamnézy 11 oblastí funkčních typů zdraví, které jsou:

- vnímání zdraví – aktivity k udržení zdraví
- výživa - metabolismus
- vylučování
- aktivita - cvičení
- spánek - odpočinek
- vnímání – poznávání
- sebepojetí – sebeúcta
- plnění rolí – mezilidské vztahy
- sexualita – reprodukční schopnost
- stres – zvládání a tolerance
- víra – životní hodnoty (Mastiliaková, 2014).

3.4 Ošetrovatelský proces

Roku 1955 byl prvně použit termín *ošetrovatelský proces* diplomovanou ošetrovatelkou L. E. Hallovou. Svou teorii nadále rozvíjela a navrhla koncepci, který by měla jedince vystihovat ve třech oblastech: tělo (care), nemoc (cure) a osobnost (core). Cílem ošetrovatelského procesu je upokojujování potřeb pacienta vedoucích ke zlepšení zdravotního stavu a zároveň kvality pacientova života = poskytování kvalitní ošetrovatelské péče. Ošetrovatelský proces lze rozdělit z hlediska teoretického (myšlenkový algoritmus používající kvalifikovaná sestra za účelem posouzení stavu pacienta, plánování, realizací a vyhodnocení efektivity ošetrovatelské péče) a z pohledu praktického (racionální poskytování ošetrovatelské péče s cílem pozitivních i zdraví prospěšných změn s ohledem ke zdravotnímu stavu pacienta). Dnes je ošetrovatelský proces při poskytování ošetrovatelské péče brán za mezinárodní standard používaný v praxi (Mastialiková, 2014).

Americká asociace sester (American Nurses Association = ANA) rozšířila roku 1988 využívaný ošetrovatelský proces v klinické praxi na šest fází za účelem zefektivnění měřících kritérií u dosažených výsledků v poskytované ošetrovatelské péči:

- 1) posuzování/posouzení stavu → shromáždění a uspořádání dat, prokázání jejich validity a jejich zdokumentování;
- 2) diagnostika → spočívá v analýze získaných dat a formulaci ošetrovatelských diagnóz;
- 3) plánování cílů → zde dochází ke stanovení diagnóz podle priorit, sestavení cílů a jejich očekávaných výsledků;
- 4) plánování intervencí → zvolení a rozplánování ošetrovatelských intervencí;
- 5) realizace → jde o opětovné posouzení pacienta, realizaci intervencí, dohledem nad delegovanou péčí, řádným záznamem ve zdravotnické dokumentaci;
- 6) vyhodnocení → shromáždění dat ke srovnání s dosaženými výsledky, posouzení poskytnuté ošetrovatelské péče na stavu pacienta, rozhodnutí o úpravě, pokračování nebo ukončení plánu péče (Mastialiková, 2014).

3.5 Etické aspekty

Za přítomnosti svědka z ošetřujícího personálu jsem ji požádala o poskytnutí zpracování dat potřebných pro tuto práci. Patientka byla velmi ochotná s laskavým přístupem spolupracovat a poskytla mi ústní souhlas za příslibu anonymního uvedení. Písemný souhlas se zpracováním veškerých dat ve vybraném zdravotnickém zařízení v Praze na základě sepsání a poddání písemné žádosti se zachováním anonymity zvolené pacientky i zdravotnického zařízení, svým podpisem schválila náměstkyně pro ošetrovatelskou péči a vrchní sestra daného oddělení.

4 Případová studie

4.1 Základní údaje o pacientce

3x-letá pacientka byla přijata k plánovanému operačnímu výkonu minigastrického bypassu na chirurgické oddělení zdravotnického zařízení. Od dětství „bojuje“ s výkyvy tělesné váhy. Její maminka má rovněž diagnostikovanou obezitu, ale není si jista stupně obezity. Pacientka se léta snažila o redukci váhy konzervativní cestou, následně i za pomoci farmakologických přípravků. Oporu a spolupráci ze strany rodičů nepocítila. Nebyly ochotni se přizpůsobit novým stravovacím návykům a její snaha o redukci váhy se nijak výrazně neprojevila. Soužití s jejím manželem se velmi podobalo období společného žití s rodiči. Manžel nebyl ochoten se vzdát svého nezdravého životního stylu, jenž vedl u pacientky k rozvoji obezity třetího stupně. Manželku se však snažil podporovat v jejím rozhodnutí a během hospitalizace opakovaně docházel na návštěvy. Obezita pro ni byla ze zdravotního hlediska velkou zátěží, ale ona to tak nevnímala, ani když jí lékaři postupně diagnostikovali přidružené nemoci utvářející metabolický syndrom. Její hlavní motivací vedoucí ke změně životního stylu s cílem postupné, ale výrazné redukce tělesné hmotnosti, byla touha po mateřství. I přes možné moderní technologie umělého oplodnění, by veškeré pokusy mohly být s vysokým rizikem neúspěšné, vzhledem k morbidní obezitě pacientky. Ve spolupráci s mnoha odborníky se s kladným přístupem přiklonila k nevratnému postupu řešení její morbidní obezity invazivní cestou, která je příčinou již vzniklého metabolického syndromu.

Dnem mé spoluúčasti při poskytování ošetrovatelské péče je 1. pooperační den (= 3. den hospitalizační) na JIP.

4.2 Anamnestické údaje

Anamnestické údaje i další potřebné vstupní informace k přijetí na lůžkové oddělení k plánovanému operačnímu výkonu zjišťuje a zaznamenává lékař i zdravotní sestra.

4.2.1 Lékařská příjmová zpráva

V den příjmu pacientky na lůžko standardního oddělení, provedl sloužící lékař příjmovou zprávu. Na základě sepsání kompletní anamnézy a veškerých informací potřebných k přijetí do zdravotnického zařízení k plánovanému operačnímu výkonu,

následovalo anesteziologické konzilium z důvodu vyšetření pacientky anesteziologem pro plánovanou anestezii a doporučení předoperační medikace.

Anamnéza:

Rodinný stav: vdaná

Důvod k hospitalizaci: plánovaný operační výkon Minigastrický bypass na chirurgickém oddělení

Rodinná anamnéza: otec – hyperlipidémie, matka – arteriální hypertenze, obezita

Osobní anamnéza: v dětství prodělané běžné dětské nemoci bez komplikací

Gynekologická anamnéza: pravidelně sledována na gynekologii, menstruační cyklus pravidelný, porod 0, abortus 0

Alergologická anamnéza: peří, prach, roztoči, lékovou neudává

Pracovně – sociální anamnéza: reklamant, žije s manželem, bezdětná

Farmakologická anamnéza: chronická medikace – Zodac 10mg tbl. (užívá 1 – 0 – 0), Prestance 5 mg/5mg tbl. (užívá 1 – 0 – 0), Metformin Mylan 500mg tbl. (užívá 1 – 0 – 0) – aktuálně vysazen

Abusus: alkohol příležitostně v malém množství, nekuřačka

Spirituální anamnéza: ateistka

Antropometrické údaje: výška – 170 cm, váha – 145 kg, BMI – 51,9, obvod pasu – 131 cm

Nynější onemocnění: pacientka s morbidní obezitou a metabolickým syndromem indikována k bariatrické operaci - Minigastrický bypass. Před výkonem za 14. denní hospitalizace v jiném zdravotnickém zařízení úbytek tělesné hmotnosti o 17 kg.

Objektivní nález: aktuální FF – TK 130/80 mm Hg, TF – 86/minutu, DF – 14/minutu, TT – 36,6 °C, kardiopulmonálně kompenzovaná. Břicho konstitučně nad úrovní, měkké a palpační vyšetření pouze orientačně. Břicho nebolestivé a bez známek peritoneálního dráždění. Dolní končetiny bez otoků, periferie prokrvená. Po propuštění možná ambulantní péče.

Základní diagnóza: Obezita způsobená nadměrným příjmem kalorií

Další diagnózy:

- porucha metabolismu lipoproteinů
- diabetes mellitus II. typu na PAD
- arteriální hypertenze

Závěr předoperačního interního konzilia: pacientka s morbidní obezitou a metabolickým syndromem indikována k chirurgickému řešení Minigastrickým bypassem. Biochemické, hematologické, koagulační krevní vyšetření v normě podle laboratorních kritérií. RTG S + P bez patologických změn. Sono břicha – zmenšení jaterního parenchymu. EKG bez ischemických změn, sinusový rytmus. Pacientka kardiopulmonálně kompenzovaná, schopna operačního výkonu v celkové anestezii.

Závěr anesteziologického konzilia: pacientka s morbidní obezitou a metabolickým syndromem indikována k chirurgickému řešení minigastrickým bypassem. Výkonu schopna v celkové anestezii s ASA č. 2 (ASA = American Society of Anesthesiologists). Doporučená premedikace na noc před operačním výkonem – Dormicum 7,5mg, podat per os ve 22:00 hod. Premedikace v den operace neindikována s ohledem na plánovaný operační výkon na trávicím traktu. Na záznamu o provedeném konziliu bylo uvedeno datum, podpis a razítko lékaře. Lékař ošetřující zaznamenal doporučenou premedikaci do aktuálního medikačního listu pacientky, aby mohla být medikace podána (použito z dokumentace zdravotnického zařízení, kde probíhal sběr dat).

4.2.2 Ošetřovatelská příjmová zpráva

V den příjmu pacientky na lůžko standardního oddělení, provedla sloužící sestra do ošetřovatelské příjmové zprávy zdravotnického zařízení záznam s následujícími informacemi:

Datum přijetí: duben, v 12:30 hod. z domova.

Věk: 35 – 40 let.

Opakované přijetí: ne.

Pacientka odevzdala léky: ano, svou chronickou medikaci.

Rodina informována: ano, rodinný příslušníci byly s plánovanou hospitalizací seznámeni.

Fyziologické funkce při přijetí na oddělení:

TK – 130/80 mm Hg, měřeno na levé horní končetině (fyziologické rozmezí: 100/60 – 140/90 mm Hg),

TF – 86/minutu (fyziologické rozmezí: 60' – 90'),

DF – 14/minutu (fyziologické rozmezí: 12 – 18),

TT – 36,6 °C (fyziologické rozmezí: 36 – 36,9 °C).

Alergie: peří, prach, roztoče, lékovou alergií neudává.

Vědomí: pacientka je při vědomí, plně orientována, komunikuje bez obtíží.

Psychický stav: spolupracuje, je klidná, orientovaná.

Narušený spánek: ne. Pacientka doma neužívá žádné léky na spaní. Nemá ani žádné specifické rituály.

Schopnost edukace: pacientka rozumí, chápe požadavky a doporučení zdravotnického personálu. Doprovod (rodinný příslušník – manžel) je také schopen edukace.

Požadavek duchovních služeb: ne. Pacientka nemá zájem o poskytnutí těchto služeb zdravotnickým zařízením. Nemocniční kaplan nebyl kontaktován.

Dýchání: bez obtíží. Nekuřačka.

Výživa: soběstačná. Dieta číslo 9 (dieta diabetická). Pacientka má prokázaný diabetes mellitus II. typu na PAD (perorální antidiabetika).

Bolest: pacientka aktuálně neudává žádnou bolest.

Kůže: bez kožních změn. Nejsou přítomny žádné změny ani porucha kožní integrity.

Soběstačnost a pohyblivost: pacientka je nyní plně soběstačná ve vykonávání sebe péče. Nemá žádné významné omezení se sluchem, řečí, zrakem a nemá žádné kompenzační pomůcky.

Vyprazdňování: mikce bez potíží. Stolice dnes ráno.

Hodnocení nutričního stavu: obvyklá tělesná hmotnost: 162 kg, aktuální tělesná hmotnost: 145 kg, výška: 170 cm. BMI není $\leq 18,5$, nutriční terapeut kontaktován z důvodu změny stravovacího režimu v pooperačním období.

Sociální anamnéza, plán propuštění: pacientka je schopna doma vykonávat sama denní aktivity a sebe péči. Pacientka je orientována (časem, místem, osobou) a je schopna samostatného rozhodování. Nemá problémy s užíváním medikace a péčí o operační rány. Nevyžaduje následnou rehabilitaci ve specializovaném zařízení. Má kontaktní osobu pro případnou pomoc v domácí péči při propuštění. Koordinátor následné péče nebyl kontaktován.

Zjištění rizika vzniku dekubitu: vyhodnoceno na 30 bodů podle rozšířené stupnice Nortonové. Pacientka není ohrožena rizikem vzniku dekubitu.

K 30 bodům příjmová sestra dospěla výpočtem v bodovém rozmezí 1 až 4 na předepsané rozšířené stupnici podle Nortonové:

- schopnost spolupráce → úplná, 4 body,
- věk pacientky → od 30. do 60. let, 2 body,
- stav pokožky → normální, 4 body,
- další nemoci → diabetes mellitus 2. typu + hypertenze + obezita → 1 bod,
- tělesný stav → dobrý, 4 body,
- stav vědomí → dobrý, 4 body,
- pohyblivost → úplná, 4 body,
- inkontinence → občas, 3 body,
- aktivita → chodí, 4 body

Zjištění rizika pádu: vyhodnoceno na 2 bodů podle modifikace stupnice Conleyové. Pacientka není ohrožena rizikem pádu.

Ke 2 bodům příjmová sestra dospěla výpočtem na předepsané modifikované stupnici podle Conleyové:

- pád v anamnéze během posledních 3 měsíců → NE, 0 bodů
- zmatenost, nedostatečné vnímání rizik → NE, 0 bodů,
- agitace, neklid → NE, 0 bodů,
- porucha chůze → NE, 0 bodů,
- porucha zraku → NE, 0 bodů,
- Udrží vždy pacient/ka moč i stolici, než dojde na WC? → ANO, 0 bodů,
- další okolnosti – léčba hypertenze medikací (sestra uvedla tento zápis podle vlastního uvážení) → 2 body

Další zjištěné skutečnosti a upozornění: pacientka žádné neudává (použito z dokumentace zdravotnického zařízení, kde probíhal sběr dat).

4.3 Průběh hospitalizace

Pacientka byla hospitalizována celkem sedm dní. Zaměřila jsem se důkladně na 1. den pooperační, kterému budu věnovat zhodnocení stavu podle modelu Marjory Gordonové i ošetrovatelský proces. Pro úplnou přehlednost celého průběhu hospitalizace jsem uvedla všechny dny.

4.3.1 Příjem pacientky na lůžkové oddělení/ 1. den hospitalizační

Po příchodu byla pacientka seznámena s lůžkovým oddělením a nadstandardním pokojem, který si předem vyžádala. Byly sepsány všechny potřebné dokumenty (např. ošetrovatelská i lékařská příjmová zpráva), informované souhlasy (s hospitalizací, anestezií, operačním výkonem) a poučení o cenných věcech. Proběhla střevní příprava (podán Fortrans) a příprava operačního pole. Chronickou medikaci si převzal ošetřující personál a pacientka byla opakovaně seznamována s plánovanými intervencemi pro tento den. V odpoledních hodinách přišel anesteziolog a po rozhovoru s pacientkou o způsobu anestezie, jejím průběhu a možných komplikacích, provedl záznam a zapsal premedikaci (Dormicum 7,5mg per os) na 22:00 hodinu do medikačního listu. V 18:00 hod. byly pacientce změřeny: TK 128/74 TF 76' a TT 36,3 OC (vše v normě) ošetřujícím personálem. Pacientka byla opakovaně informována o ukončení pitného režimu v půlnoci.

Dieta: bujon, tekutiny neomezeně do půlnoci.

Pohybový režim: 3 (chůze bez omezení).

Podaná medikace:

Fortrans (4x sáčky) plv. per os v 14:00 hod.,

Fraxiparine 0,6ml inj. s. c. v 18:00 hod.,

Dormicum 7,5mg tbl. per os ve 22:00 hodin.

Měření glykemie: v 17:00 hod. 8,6 mmol/l, ve 21:00hod. 8,0 mmol/l (referenční hodnoty 3,3 – 5,6 mmol/l) → hodnoty hlášeny ošetřujícímu lékaři, chronická medikace aktuálně vysazena. Glykemie z kapilárního řečiště byla změřena glukometrem v 17:00 a ve 21:00 hod. na pracovišti lůžkového oddělení.

Invazivní vstupy: žádný.

4.3.2 Pooperační den 0. na JIP/ 2. den hospitalizační

Ze zdravotnické dokumentace a ošetřujícího personálu jsem zjistila, že v 6:00 hod. byl pacientce změřen: TK 136/82 TF 78'a TT 36,7 0C (vše v referenčním rozmezí). Následovala ranní toaleta, důkladná osobní i intimní hygiena. Pacientka si oblékla připravené prádlo, na DKK si natáhla kompresivní punčochy z důvodu prevence TEN, lačnila a nebyly jí podány žádné léky per os. Ošetřující sestra zkontrolovala veškerou dokumentaci a předala pacientku v 8:30 hod. sanitáři, který byl zodpovědný za převoz na operační sál.

Po operaci byla pacientka přeložena z operačního sálu na JIP ve stabilizovaném stavu v 12:30 hod. Ošetřující personál sledoval a zapisoval stav vědomí, bolesti a FF (TK, TF, D, SpO₂) po dobu 2 hodin a 20 minut, následně a 1 hodinu. Pacientka byla zajištěna proti pádu zvednutými postranicemi, předáním signalizačního zařízení a nad lůžkem jí byla dána cedule s textem: *Prosím nevstávejte, použijte zvonek!*. Ošetřující personál zajistil péči o všechny invazivní vstupy i operační rány, které byla pravidelně sledovány a zapisovány ve zdravotnické dokumentaci. V 13:00 hod proběhl kontrolní RTG snímek S+P pro zavedení CŽK na operačním sále (dle vyhodnocení snímku radiologickým pracovníkem, byl katétr zaveden do horní duté žíly bez pneumotoraxu). Pacientka byla od příjezdu z operačního sálu na JIP do druhého dne hemodynamicky stabilní (informace zjištěny od ošetřujícího personálu pomocí rozhovorů a ze záznamu uvedeného ve zdravotnické dokumentaci).

Dieta: nic per os, za 4 hodiny po výkonu čaj po lžičkách/doušcích.

Pohybový režim: 0 (klid na lůžku) do rána.

Podaná medikace:

Fraxiparine 0,6ml inj. s. c. v 18:00 hod.,

Novalgin 1g inj. ve **FR 100ml** sol. i. v. při VAS \geq 2 (maximální denní dávka 4 g/den s 6 hod. odstupem mezi podáním) v 13:30 hod., ve 20:00 hod., v 5:00 hod následujícího dne,

Paracetamol Kabi 1g sol. i. v. při VAS \geq 2 (maximální denní dávka 4 g/den s 6 hod. odstupem mezi podáním) v 16:00 hod.,

Dipidolor 15mg inj. i. v. ve **FR 100ml** sol., nechat kapat 20 minut při VAS \geq 5, opakovat a 30 minut do VAS \leq 3, ve 22:00 hod,

Plasmalyte 1 000ml sol. i. v. rychlostí 100 ml/hodinu (12:40 – 22:40 hod.),

Glukóza 10% 500ml + 12j Humulin R sol. i. v. rychlostí 80 ml/hod. (12:40 – 18:10 hod.).

Měření glykemie: v 6:30 hod. 6,5 mmol/l, v 12:35 hod. 7,6 mmol/l, v 17:00 hod. 7,5 mmol/l, ve 21:00 hod. 8,5 mmol/l (referenční hodnoty 3,3 – 5,6 mmol/l) → hodnoty hlášeny ošetřujícímu lékaři, chronická medikace aktuálně vysazena.

Invazivní vstupy: PŽK (zaveden v LHK – předloktí), CŽK, PMK, korugovaný drén.

4.3.3 Pooperační 1. den/ 3. den hospitalizační

Pacientka je hospitalizována na JIP ve stabilizovaném stavu. Ranní lékařská vizita proběhla v 7:15 hod. za přítomnosti mě, kolegyně a dvou lékařů. Ošetřující lékař stanovil ordinace k aktuálnímu dni a zdravotnímu stavu pacientky. FF jsem dále měřila po třech hodinách oproti původní ordinaci (měření FF bylo zaznamenáváno po jedné hodině). Příjem a výdej tekutin jsem měřila po šesti hodinách dle ordinace lékaře. V 7:45 hod. proběhlo kontrolní vyšetření trávicího traktu RTG pracovišti, na které jsem jela s pacientkou a sanitářem. V 8:10 hod. jsme se s pacientkou vrátili na JIP. Lékař na základě výsledku polykacího aktu upravil v 9:50 hod. per orální příjem (příjem tekutin + sipping, příjem chronické medikace) a medikaci k per os podání pro tento den. Po příjezdu na JIP z RTG pracoviště, jsem s kolegyní převázala nejdříve asepticky CŽK s krytím určeným na tento typ katetru, ošetřila operační rány, které byly klidné (bez hematomu, bez známek sekundárního hojení a bez lokálního otoku) a zkontrolovala pevnost sběrného sáčku na drénu. Podle noční služby, pacientka první vertikalizaci i celkovou mobilizaci, při ranní hygieně zvládla bez obtíží. Já jsem v průběhu dne za pomoci sanitáře nebo rehabilitačních pracovníků pacientku opakovaně vertikalizovala a byla jí doprovodem při chůzi. Rehabilitace vedená fyzioterapeutem proběhla v 10:30 hod. a v 14:00 hod. Pacientka se nad svá očekávání cítila dobře. Snažila se maximálně spolupracovat a měla příjemné vystupování i přes veškeré nároky v rámci prvního pooperačního dne. Nadále jsem opakovaně informovala pacientku o možnostech léčby bolesti, nutnosti polohy polosedu a plnění ordinací i intervencí lékaře s ošetřovatelským plánem dne. V 18:30 hod. jsem pacientce dopomohla s osobní hygienou v koupelně na JIP. Mezi tím ji bylo upraveno lůžko a vyměněny lůžkoviny sanitářem.

Dieta: čaj po doušcích, 2x Diasip.

Pohybový režim: 1 (stoj, chůze s dopomocí v rámci toalety nebo JIP/pokoje).

Podaná medikace:

Zodac 10mg tbl. per os v 10:00 hod.,

Prestance 5mg/5mg tbl. per os v 10:00 hod.,

Fraxiparine 0,6ml inj. s. c. v 18:00 hod.,

Novalgin 1g inj. ve **FR 100ml** sol. i. v. – podán v 13:00 hod., ve 21:00 hod., v 5:00 hod. následujícího dne,

Paracetamol Kabi 1g sol. i. v. – podán v 9:00 hod., v 17:00 hod.,

Dipidolor 15mg inj. i. v. ve **FR 100ml** sol. – podán ve 22:00 hod.,

Plasmalyte 1 000ml sol. i. v. rychlostí 100 ml/hodinu, 8:30 – 20:30 hod. (infúzi je možné přerušit pro RHB),

Glukóza 10% 500ml + 14j Humulin R sol. i. v. rychlostí 80 ml/hod, 8.30 – 16:00 hod. (infúzi je možné přerušit pro RHB).

Měření glykemie: v 6:30 hod. 5,9 mmol/l, v 11:00 hod. 6,9 mmol/l, v 17:00 hod. 6,5 mmol/l, ve 21:00 hod. 6,7 mmol/l (referenční hodnoty 3,3 – 5,6 mmol/l) → hodnoty hlášeny ošetřujícímu lékaři, chronická medikace aktuálně vysazena. Glykemie z venózního řečiště byly měřeny laboratoří v 6:30 a v 17:00 hod. Glykemie z kapilárního řečiště byly měřeny glukometrem v 11:00 a ve 21:00 hod. na pracovišti pro JIP.

Invazivní vstupy: CŽK, PMK, korugovaný drén, PŽK (ex v 8:00 hod.).

Informace zjištěné a uvedené z 1. pooperačního dne jsem získala na základě podílení se v péči o pacientku, rozhovorem s pacientkou i ošetřujícím personálem a nastudováním zdravotnické dokumentace.

4.3.4 Pooperační 2. den / 4. den hospitalizační

Z pohovoru s ošetřujícím personálem a ze záznamu zdravotnické dokumentace probíhalo měření FF ā 6 hodin, současně i příjmu a výdeje tekutin v rámci sledování celkové bilance. Pacientka spolupracovala, cítila se dobře, příjem tekutin a sippingu jí nedělalo obtíže, byla snaživá, zajímala se o svůj celkový zdravotní stav, bolesti udává jako snesitelné za podpory podávání analgetik. CŽK i operační rány nebyly převazovány (krytí suché, bez prosáknutí, okolí krytí je klidné). Rehabilitace proběhla v dopoledních i odpoledních hodinách bez potíží. Manžel ji byl v tento den navštívit, což pacientku velmi potěšilo.

Dieta: čaj, bujon, 3x Diasip.

Pohybový režim: 1 (stoj, chůze s dopomocí v rámci toalety nebo JIP/pokoje).

Podaná medikace:

Zodac 10mg tbl. per os v 7:00 hod.,

Prestance 5mg/5mg tbl. per os v 7:00 hod.,

Fraxiparine 0,6ml inj. s. c. v 18:00 hod.,

Novalgin 1g inj. ve **FR 100ml** sol. i. v. – podán v 15:00 hod., v 5:30 hod. následujícího dne,

Paracetamol Kabi 1g sol. i. v. – podán v 12:00 hod., v 20:00 hod.,

Dipidolor 15mg inj. i. v. ve **FR 100ml** sol. – podán ve 22:00 hod.,

Plasmalyte 1 000ml sol. i. v. rychlostí 100 ml/hod., 8:30 – 20:30 hod. (infúzi je možné přerušit pro RHB),

Glukóza 10% 500ml + 14j Humulin R sol. i. v. rychlostí 80 ml/hod., 8.30 – 16:00 hod. (infúzi je možné přerušit pro RHB).

Měření glykemie: v 6:30 hod. 6,1 mmol/l, v 11:00 hod. 4,7 mmol/l, v 17:00 hod. 6,1 mmol/l, ve 21:00 hod. 6,2 mmol/l (referenční hodnoty 3,3 – 5,6 mmol/l) → hodnoty hlášeny ošetřujícímu lékaři, chronická medikace aktuálně vysazena. Glykemie z venózního řečiště byla změřena laboratoří v 6:30 a v 17:00 hod. Glykemie z kapilárního řečiště byla změřena glukometrem v 11:00 a ve 21:00 hod. na pracovišti pro JIP.

Invazivní vstupy: CŽK, PMK, korugovaný drén.

4.3.5 Pooperační 3. den/ 5. den hospitalizační

Z pohovoru s ošetřujícím personálem a ze záznamu zdravotnické dokumentace byla ranní vizita v 7:10 hodin. Ošetřující lékař rozhodl o překladi pacientky na standardní lůžkové oddělení, ke kterému došlo v 9:45 hod. Před přeložením na lůžkové oddělení, byl pacientce zdravotní sestrou vytažen korugovaný drén a PMK. Operační rány byly ošetřeny dezinfekčním sprejem (Cutasept F) a sterilním krytím pro mírné prosáknutí původního krytí. Operační rány jsou podle zápisu nadále klidné (bez známek sekundárního hojení nebo hematomů). Pacientka zvládne bez potřeby dopomoci dojít sama na WC (mikce je spontánní) a sebepečí v rámci pooperačního stavu.

Dieta: čaj, bujon, šlehaná strava/9, 3x Diasip.

Pohybový režim: 3 (chůze bez omezení).

Podaná medikace:

Zodac 10mg tbl. per os v 7:00 hod.,

Prestance 5mg/5mg tbl. per os v 7:00 hod.,

Fraxiparine 0,6ml inj. s. c. v 18:00 hod.,

Novalgin 1g tbl. per os – podán v 18:00 hod., v 6:00 hod následujícího dne,

Paracetamol 1g tbl. per os – podán v 12:00 hod.,

Dipidolor 15 mg s. c. – aplikován ve 22:30 hod.

Měření glykemie: v 6:30 hod. 5,3 mmol/l, v 11:00 hod. 5,4 mmol/l, v 17:00 hod. 5,6 mmol/l, ve 21:00 hod. 5,3 mmol/l (referenční hodnoty 3,3 – 5,6 mmol/l) → hodnoty hlášeny ošetřujícímu lékaři, chronická medikace aktuálně vysazena. Glykemie z venózního řečiště byla změřena laboratoří v 6:30 hod. Glykemie z kapilárního řečiště byla změřena glukometrem v 11:00, v 17:00 a ve 21:00 hod. na pracovišti lůžkového oddělení.

Invazivní vstupy: CŽK, korugovaný drén ex 7:45 hod., PMK ex v 7:50 hod.

4.3.6 Pooperační 4. den/ 6. den hospitalizační

Z pohovoru s ošetřujícím personálem a ze záznamu zdravotnické dokumentace byla ranní vizita v 7:20 hodin. Lékař naordinoval ukončení CŽK a vysvětlení pacientce plánované intervence. Konec katetru byl poslán podle zvyklosti oddělení na mikrobiologické vyšetření (na kultivaci a citlivost). Krytí na operačních ránách bylo suché a zůstalo ponecháno. Pacientka se cítí dobře, přijímání šlehané stravy zvládá bez obtíží. Zatím se necítí hladová. Po poledni měla pacientka první stolicí.

Dieta: čaj, šlehaná strava/9, 3x Diasip.

Pohybový režim: 3 (chůze bez omezení).

Podaná medikace:

Zodac 10mg tbl. per os v 7:00 hod.,

Prestance 5mg/5mg tbl. per os v 7:00 hod.,

Fraxiparine 0,6ml inj. s. c. v 18:00 hod.,

Novalgín 1g tbl. per – podán v 18:00 hod., v 6:00 hod následujícího dne,

Paracetamol 1g tbl. per – podán v 12:00 hod.

Měření glykemie: v 6:30 hod. 5,1 mmol/l, v 11:00 hod. 5,6 mmol/l, v 17:00 hod. 4,1 mmol/l, ve 21:00 hod. 5,8 mmol/l (referenční hodnoty 3,3 – 5,6 mmol/l) → hodnoty hlášeny ošetřujícímu lékaři, chronická medikace aktuálně vysazena. Glykemie z kapilárního řečiště byla změřena glukometrem na pracovišti lůžkového oddělení.

Invazivní vstupy: CŽK ex v 8:30 hod.

4.3.7 Pooperační 5. den/ 7. den hospitalizační

Po ranní vizitě rozhodl ošetřující lékař o dimisi pacientky. Operační rány a vstup po CŽK byl ošetřen sestrou, která použila tekutý obvaz Opsite. Pacientce jsem předala lékařskou propouštěcí zprávu, ve které měla napsaný termín kontroly, doporučení ohledně fyzického šetření, zvýšená poloha horní části těla (minimálně 45 stupňů) a pokračování ve šlehané stravě do první kontroly v ambulanci u svého operatéra. Na závěr jsem si ověřila, že pacientka rozumí sděleným informacím a pokynům lékaře. Zdravotnické zařízení opouští v doprovodu svého manžela.

Dieta: čaj, šlehaná strava/9, 3x Diasip.

Pohybový režim: 3 (chůze bez omezení).

Podaná medikace:

Zodac 10mg tbl. per os v 7:00 hod.,

Prestance 5mg/5mg tbl. per os v 7:00 hod.,

Fraxiparine 0,6ml inj. s. c. v 18:00 hod.,

Novalgín 1g tbl. per os – podán v 6:00 hod.,

Paracetamol 1g tbl. per os – nepodán.

Měření glykemie: v 6:30 hod. 5,1 mmol/l (referenční hodnoty 3,3 – 5,6 mmol/l) → hodnoty hlášeny ošetřujícímu lékaři, chronická medikace aktuálně vysazena. Glykemie z kapilárního řečiště byla změřena glukometrem na pracovišti lůžkového oddělení.

Invazivní vstupy: žádné.

4.5 Farmakoterapie 1. pooperační den za hospitalizace na JIP

Během hospitalizace na chirurgickém oddělení JIP, byly pacientce podány tyto farmakologické přípravky (Medical tribune CZ, 2015):

Název léku: **Zodac 10mg tbl.**

Indikační skupina: antihistaminikum

Účinná látka: cetirizin-dihydrochlorid

Indikace: prevence tromboembolické nemoci v souvislosti s operačním výkonem.

Název léku: **Prestance 5 mg/5mg tbl.**

Indikační skupina: antihypertenzivum, ACE inhibitor, blokátor kalciových kanálů

Účinná látka: perindopril-arginin a amlodipin-besilát

Indikace: léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční.

Název léku: **Fraxiparine 0,6 ml inj.**

Indikační skupina: antikoagulancium – nízkomolekulární heparin

Účinná látka: nadroparinum calcium

Indikace: prevence tromboembolické nemoci v perioperačním období

Název léku: **Novalgin 1 g inj.**

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Účinná látka: metamizolum natrium monohydricum

Indikace: léčba silné nebo chronické bolesti, horečky nereagující na jinou léčbu.

Název léku: **Paracetamol/Paracetamol Kabi 10mg/ml = 1000mg/100ml sol.**

Indikační skupina: analgetikum, antipyretikum

Účinná látka: paracetamolum

Indikace: krátkodobá léčba středně silných bolestí a/nebo horečnatých stavů.

Název léku: **Dipidolor 15 mg inj.**

Indikační skupina: analgetikum (opioid), anodynum

Účinná látka: piritramidum

Indikace: léčba silné až velmi silné bolesti.

Název léku: **Humulin R inj. sol.**

Indikační skupina: antidiabetikum – biosyntetický lidský inzulin

Účinná látka: insulinum humanum biosyntheticum

Indikace: léčba diabetes mellitus, slouží k udržení glukózové homeostázy.

- aplikované infuzní roztoky

Název infuze: **Plasmalyte 1000ml sol.**

Indikační skupina: izotonický roztok elektrolytů, na lékařský předpis

Aplikace: intravenózně, 100 ml/hodinu (dle ordinace lékaře vybraného zdravotnického zařízení).

Název infuze: **Glukóza 10% 500ml sol.**

Indikační skupina: infuzní roztok s cukry, na lékařský předpis

Aplikace: intravenózně, 80 ml/hodinu (dle ordinace lékaře vybraného zdravotnického zařízení).

Název infuze: **Fyziologický roztok 100ml sol.**

Indikační skupina: infuzní roztok, na lékařský předpis

Aplikace: intravenózně, zde byl použit jako nosný roztok pro podání léku Novalgin 1g.

- medikace podaná na RTG pracovišti 1. pooperačního dne

Název léku: **Iomeron 400**

Indikační skupina: rentgenové diagnostikum

Účinná látka: Iomeprolum

Indikace: široké spektrum vyšetřovacích rentgenovým metod diagnostických/zobrazovacích (např. urografie, flebografie, ERCP a atd.).

4.6 Zhodnocení stavu pacientky

Ke zhodnocení stavu pacientky jsem si vybrala z důvodu vysoké náročnosti poskytování ošetrovatelské péči 1. den pooperační. Tento den je podle mého uvážení velmi náročný i pro samotnou pacientku. Zvolila jsem model podle Marjory Gordonové, který má celkem 11 oblastí:

- **vnímání zdraví**

Pacientka není kuřačka, alkohol pije pouze příležitostně a není si vědoma specifických návyků (např. pro usínání, vykonávání osobní hygieny a jiné), které by během hospitalizace potřebovala vykonávat/plnit. Je vždy seznámena s plánovanými úkony/intervencemi pro plnění ordinací lékaře i sesterského ošetrovatelského plánu. Na JIP jsem sledovala a měřila **FF** (procentuální hodnotu SpO₂ pomocí saturačního čidla na prstu horní končetiny, neinvazivní metodou TK +TF, TT a DF). Všechny výsledné hodnoty jsem zaznamenávala do zdravotnické dokumentace pacientky. Pacientka byla po celou dobu hospitalizace hemodynamicky stabilní (hodnoty FF nebyly mimo fyziologické rozmezí). Má úloha sestry nespočívá pouze v měření a zaznamenávání hodnot FF, ale také v hodnocení subjektivního stavu pacientky. Rovněž jsem pravidelně školená o manipulaci se zdravotnickou technikou. Současně jsem pečovala o **operační rány** i **CŽK**.

Ošetrovatelská péče o operační ránu probíhala následovně:

V den příjmu pacientky na oddělení k plánovanému operačnímu výkonu se příjmová zaměřila na celkový stav kůže. Jejím cílem bylo zjistit, zda není po těle někde porucha celistvosti či nějaký defekt. Hlavně se věnovala stavu kůže v místě plánovaných vstupů operačních nástrojů. Příjmová sestra zhodnotila stav kůže pacientky za dobrý, bez známek poruchy integrity.

1. den pooperační jsem po ranní lékařské vizitě s kolegyní operační rány asepticky převázala. Převazy ran probíhají na vybraném pracovišti ve dvou sestrách. U lůžka pacientky jsem byla já a kolegyně mi asistovala podáváním pomůcek z převazového vozu. V rukavicích jsem šetrně odstranila krytí z operačních ran. Rány kolegyně ostříkala dezinfekčním přípravkem (Cutasept F – podle zvyklosti daného oddělení). Potom mi kolegyně podala peán (sterilní nástroj) a sterilní tampony k dočištění okolí operačních ran. V poslední fázi jsem na operační rány přiložila sterilní krytí (Curapor 7 x 5 cm, použito celkem 4x kusů, Curapor 10 x 8 cm, použit 1 kus).

Před převazem jsem pacientku plně seznámila s plánovanou intervencí a postupem převazu operačních ran. Ve zdravotnickém zařízení má sestra vykonávající převaz vždy rukavice a empír. Všechny provedené intervence musí být čitelně uvedené v dokumentaci s podpisem, datem, časem a popisem provedeného úkonu s použitým materiálem + přípravy.

Ošetrovatelská péče o CŽK probíhala následovně:

Na operačním sále (= 0. pooperační den) byl pacientce zajištěn CŽK vpravo do vena jugularis interna. Použitý CŽK má tři lumeny. Dva lumeny jsou určené k podávání i. v. léků a infuzních roztoků. Na konci těchto vstupů jsem dala ochranné filtry (tvz. Clave – používané na daném pracovišti JIP). Třetí lumen je ponechán pro krevní odběry. Ze sálu je CŽK krytý sterilními čtverci a lepením Mefix. Správnost zavedení CŽK byla zkontrolována snímkem RTG S + P hodinu po přijetí pacientky na JIP. Podle popisu snímku byl konec katétru uložen v horní duté žíle, bez známek pneumotoraxu.

1. pooperační den jsem po ranní lékařské vizitě a návratu pacientky z radiologického pracoviště s kolegyní převázala CŽK. Kolegyně mi podávala potřebné pomůcky z převazového vozu určeného pro převazy intravenózních vstupů a já jsem byla u lůžka pacientky s ústenkou, v empíru a natažených nesterilních rukavicích. Nejprve jsem odstranila původní krytí (sterilní čtverce přelepené Mefixem). Potom kolegyně použila dezinfekční sprej (Citroclorex 2%) na místo vpichu a jeho okolí. Sterilním peánem a tampony jsem očistila vstup CŽK a jeho okolí. Kolegyně ještě jednou použila dezinfekční sprej (Citroclorex 2%), kterou jsme ponechaly do zaschnutí. Nakonec jsem použila průhledné krytí s gelovým středem (zde používané – Tegaderm CHG), které působí antimikrobiálně. Podle

doporučení uvedeného na použitém materiálu, může být tento typ krytí ponechané až 7 dní za předpokladu, že nedošlo k porušení jeho celistvosti nebo lokálnímu odlepení.

Před převazem CŽK jsem pacientku plně seznámila s plánovanou intervencí a postupem převazu. Ve zdravotnickém zařízení má sestra vykonávající převaz vždy rukavice, empír a ústenku. Na samotném použitém krytí musí být uvedený datum a čas převazu. Všechny provedené intervence musí být čitelně uvedené v dokumentaci s podpisem, datem, časem a popisem provedeného úkonu s použitým materiálem + přípravy.

- **výživa**

Pacientka mohla přijímat pouze tekutiny po doušcích (čaj nebo neperlivou vodu) společně se sippingem. Příjem tekutin i sippingu zvládla bez obtíží. Během dne vnímala pocit hladu velmi zřídka. Pacientka byla vzorná, dodržovala doporučení zdravotnického personálu i nutričního terapeuta. Nejen nutriční terapeut, ale i zdravotní sestra seznamuje pacientku o plánovaném denním příjmu tekutin, o sippingu a jeho správném užívání. Rovněž jsem pacientku informovala o možných komplikacích z hlediska výživy (např. nauzea, říhání). Do zdravotnické dokumentace jsem uvedla příjem stravy i jeho množství za celý den.

- **vylučování**

Permanentní močový katetr č. 16 (= velikost Foleyova katetru) byl zaveden na operačním sále po uvedení pacientky do celkové anestezie.

Ve zdravotnické dokumentaci jsem uvedla čas a způsob péče o PMK, jeho funkčnosti a při případných změnách (ke kterým nedošlo) bych ihned informovala lékaře (např. při projevu hematurie, zapáchající moči a jiné). PMK jsem pravidelně kontrolovala, sledovala jeho povrch/čistotu, funkčnost a sběrný sáček, na který byl napojen.

Po celou dobu pobytu pacientky na JIP byl měřen a zaznamenávám příjem (per os + příjem tekutin i. v.) a výdej tekutin z PMK i korugovaného drénu. Z výpočtu těchto získaných informací vyšla **celková bilance tekutin**, která byla hlášena ošetřujícímu lékaři při vizitách. Pacientku jsem dostatečně informovala o nutnosti sledování P + V tekutin a zpětně jsem si ověřila, že podanému sdělení rozumí. Celková bilance se vypočítala odečtem výdeje z PMK a drénu od celkového příjmu (per os a i. v.) za 24 hodin.

Záznam ze zdravotnické dokumentace:

1. pooperační den byla celková bilance → + 1 100ml.

Odvody z **korugovaného drénu** jsem sledovala a uváděla do dokumentace pacientky podle ordinace lékaře a 6 hodin. Vizuální namátková kontrola drénu, krytí operačních ran, CŽK nebo PMK je prováděna mnou i ostatním ošetřujícím personálem v častějších intervalech, než je původně naordinováno lékařem.

Záznam z dokumentace:

1. pooperační den drén celkem odvedl → - 40ml.

- **aktivita, cvičení**

První vertikalizace s pacientkou začíná v ranních hodinách 1. pooperačního dne při hygieně za pomoci zdravotnického personálu. Další vertikalizace a první chůze následovala při převozu v mé přítomnosti a sanitáře na RTG pracoviště, které se nachází v jiném patře, než je JIP chirurgického oddělení. Během dopoledních i odpoledních hodin se dostavila fyzioterapeutka a plnila ordinace lékaře, které byly uvedeny v denním záznamu dekurzu zdravotnické dokumentace. Vzhledem k tělesné hmotnosti pacientky a aktuálního zdravotního stavu, byla RHB vedena fyzioterapeutkou za dopomoci sanitáře, který byl přítomen při verkalizaci, stoje i chůze. Pacientka byla opakovaně informována o vhodných pohybech, šetrnému vstávání z lůžka, chůzi a jiných pohybových aktivitách spjatých s pooperačním stavem, které si zároveň osvojovala. Rehabilitační pracovník má vlastní záznam, který je součástí kompletní dokumentace pacientky. S adekvátní léčbou bolesti, vřelým přístupem zdravotnického týmu poskytující péči a kladným přístupem pacientky, probíhá vše bez obtíží.

- **spánek, odpočinek**

Od podstoupení operačního výkonu byla pacientka v poloze polosedu (minimální úhel je 45 stupňů), o které byla informována již z ambulance při indikaci k výkonu. Pacientka vnímala polohu polosedu za omezující a nevhodnou pro spánek či dostatečný odpočinek. Z důvodu uvedeného diskomfortu pacientkou při večerní vizitě nabídl lékař pacientce možnost podání hypnotika na 22:00 hodinu. Ze záznamu ve zdravotnické dokumentace jsem se dozvěděla odmítnutí podání hypnotika pacientkou. Snahou personálu bylo zajištění upraveného a čistého lůžka, navození pocitu maximálního možného komfortu pohodlí, intimity, čistoty a adekvátní léčby bolesti.

- **poznávání, vnímání**

Pacientka byla při vědomí, plně orientována (časem, místem, osobou), komunikace s ní byla plynulá. **Stav vědomí** jsem také hodnotila pomocí RSS, které jsem pro tento den vyhodnotila na stupeň číslo 2 (pacientka spolupracovala, byla klidná i orientována). Stav vědomí se hodnotil současně s měřením a kontrolováním FF, které byly pravidelně podle ordinace lékaře zaznamenávány do zdravotnické dokumentace.

Do zdravotnického zařízení přišla pacientka s VAS 0 na základě zjištění při přijímacím pohovoru. V průběhu celé hospitalizace jsem důkladně seznamovala pacientku s projevy bolesti, jejím vyhodnocení a možnostech **léčby bolesti**. Pacientka byla sledována a opětovně dotazována lékaři, dalšími zdravotními sestrami nebo fyzioterapeuty na pocit bolesti v místě operačních ran, nebo zda vnímá bolest i v jiné lokalizaci (např. bolest hlavy, zad z lůžka a jiné). Bolest jsem hodnotila podle škály VAS na stupnici od 0 -10. Hodnota vyjádřena nulou nepředstavuje žádný pocit bolesti a hodnota 10 je považována jako nejsilnější možná bolest. Analgetika byla naordinována v medikačním listu z ranní vizity lékařem pro každý den individuálně. Aktivně jsem sledovala verbální i nonverbální projevy pacientky. Ošetřující personál vhodně přistupuje k léčbě bolesti podle vyhodnocení pacientky a objektivního posouzení aktuálního stavu pacientky (např. neverbálních projevů, hodnot FF). Kdyby došlo k neúspěšné efektivitě léčby bolesti za pomoci předepsané medikace, ihned je zvykem kontaktovat a informovat ošetřujícího nebo sloužícího lékaře. Léčba bolesti ve vybraném zdravotnickém zařízení je na tuto problematiku vysoce zaměřena. Personál je řádně proškolen a o nových přístupech v léčbě bolesti seznámen. Proškolení personálu je doložitelné u vedoucích pracovníků v prezenční listině o školení s náležitostmi pro jeho platnost (např. datum, podpis a čitelné jméno s příjmením školeného, název a určení školení).

V průběhu celého dne byla pacientka seznamována s plánovanými intervencemi lékařského i ošetrovatelského charakteru. Snažila se o maximální spolupráci, měla velmi příjemné vystupování, projevovala zájem plnit potřebné úkony, ale zároveň se snažila o pochopení jejich potřeby/nutnosti plnění.

- **sebeúcta a sebepojetí**

Při rozhovoru je pacientka klidná, cítí se dobře, neprojevuje rozpaky během sběru informací. Problém s tělesnou hmotností se snaží řešit dlouho, ale neměla dostatek vůle pro radikální změnu ve svém životě, a to nejen ve stravovacích návycích.

Považuje se věčného optimistu, usměvavého a vlídného člověka. Podporu s podstoupením plánovaného operačního výkonu a snaze přijmout nový životní styl jí vyjádřil manžel i blízcí přátelé. I přes 3. stupeň obezity je pacientka plně schopna běžných činností a sebepéče. Je si vědoma dočasných změn spojených s pooperačním stavem z hlediska sebepéče a mobility.

Ze záznamu zdravotnické dokumentace a rozhovoru s ošetřujícím personálem jsem zjistila, že 1. pooperační den byla ráno pacientka posazena s nohama z lůžka a umyla se u umyvadla, které jí bylo přivezeno až k jejímu lůžku. Na závěr provedla ústní hygienu a cítila se velmi dobře. Pacientka byla překvapená svým stavem a dovedností, která jí ranní hygienu umožnila. Během dne jsem pacientku aktivně zapojovala do běžných činností a úkony spojené se sebepéčí. Výsledky byly znatelné. Pacientka zvládla s dopomocí dojít v odpoledních hodinách do koupelny a provést celkovou hygienu dle možností aktuálního stavu za dohledu, případné dopomoci.

- **vztahy a role**

Manželství považuje za velmi dobré. S mužem tvoří manželský pár 6 let. Mají aktivní život. Udržují vztahy s přáteli, se kterými podnikají výlety a různé společenské aktivity. Se svými rodiči se schází méně. Překážkou je vzdálenost bydlišť a rozdílné pohledy na životní styl (rodiče nevidí potřebu změnit životní styl, protože i oni jsou obézní dle slov pacientky). Manžel byl s pacientkou v telefonickém spojení.

- **sexualita**

Pacientka žije v domácnosti se svým manželem, se kterým se již několik let snaží o početí dítěte. Z důvodu x-leté nemožnosti otěhotnět je sledována na gynekologii. Menstruaci má pravidelnou. Operační výkon nevidí jako omezující zásah do jejich sexuálního života. Spíše naopak, jakmile dojde k poklesu tělesné hmotnosti.

- **zvládání stresu**

Celkově se pacientka domnívá, že doposud zvládala různé životní situace vždy nějakým způsobem vyřešit. Pro rozhodnutí se k operačnímu výkonu si pacientka nechala nějaký čas na rozmyšlenou. Čas využila pro ujasnění si priorit jejího života. Motivace a vidina možnosti zvýšení šance pro početí dítěte je pro ni na prvním místě. Proto se snažila maximálně informovat o náročnosti operace a následné nutnosti změnit životní styl.

- **životní hodnoty, víra**

Pro pacientku je velmi důležitý její manžel a doufá v naplnění rodinného stavu. Považuje se za ateistku.

4.7 Plán ošetrovatelské péče

Vzniklé ošetrovatelské diagnózy jsem stanovila k 1. pooperačnímu dni. Rozdělila jsem je na aktuální a potencionální. Jejich součástí jsou cíle, plány, realizace a hodnocení.

Aktuální ošetrovatelské diagnózy

- 1. Akutní bolest z důvodu operačního výkonu, invazivních vstupů a operačních ran projevující se verbálními i nonverbálními projevy (např. změna polohy, mimické a zvukové projevy).***

Cíle: pro pacientku bude bolest snesitelná. Bolest ji nebude omezovat v rehabilitaci, mobilizaci nebo sebek péči. Pacientka umí bolest vyjádřit, ohodnotit podle škály VAS a charakterizovat. Následně zvládne posoudit stav/pocit úlevy nebo opětovné zesílení bolesti. Pacientka spolupracuje při léčbě bolesti v rámci pooperačního režimu.

Plán: včasné a správně reagovat na výzvu pacientky, všimnout si neverbálních projevů a fyzických příznaků (např. zvýšení krevního tlaku, zrudnutí v obličeji a jiné), poučit pacientku o bolesti a možnostech její léčby, úlevové polohy, adekvátní léčba bolesti.

Realizace: informování pacientky o bolesti (charakterizace, určení lokalizace, vyhodnocení síly bolesti dle VAS škály) a její léčbě, o úlevové poloze, podávání analgetik dle ordinace lékaře na žádost pacientky a před plánovanou rehabilitací.

Hodnocení: pacientka byla schopna rehabilitace i mobilizace, bolest pro ni byla snesitelnou a neomezovala ji v běžných úkonech umožňující její stav v pooperačním období, pacientka pochopila edukaci o bolesti, což umožňovalo její adekvátní a správnou léčbu.

2. Porucha spánku z důvodu hlučnosti prostředí a vybavení zdravotnickou technikou, nepohodlím a bolestí projevující se únavou, častým buzením během noci.

Cíle: pacientka se bude cítit lépe a více odpočínutá. Snaha personálu eliminovat hluk a ruch podle možností pracoviště. Pacientka bude spát celou noc.

Plán: úprava lůžka nejen před spaním (urovnané, suché lůžkoviny). Teplota místnosti bude pro pacientku vyhovující. Minimalizace bolesti úlevovou polohou a podáváním analgetik. Personál bude komunikovat s pacientkou a všímat si nonverbálních projevů. Aktivizace během dne a předcházení spánku v denních hodinách. Podání hypnotik podle ordinace lékaře.

Realizace: úprava lůžka a výměna lůžkovin před spaním, vyvětrání místnosti (popř. úprava teploty místnosti klimatizací). Maximální snaha ošetřujícího personálu snížit pacientce pocit bolesti na minimum úlevovou polohou a podáváním analgetik. Chod JIP nelze omezit, a tak nebylo možné eliminovat všechny rušivé elementy (např. zvuky a hlučnost přístrojové techniky na JIP, úplná tma v místnosti). Aktivizace pacientky v průběhu dne. Pacientka odmítla možnost užití hypnotik.

Hodnocení: přítomnost pacientky na JIP a poloha polosedu měla negativní dopad na kvalitu a délku spánku během noci. Cítila se méně odpočínutá, ale tolerovala potřebu monitorace na JIP i polohu polosedu.

3. Porucha sebepéče z důvodu operačního výkonu projevující se omezenou hybností související s pooperačním stavem, bolestivostí při pohybu a kontinuální monitorací s možností odpojení pro rehabilitaci během pobytu na JIP.

Cíle: pacientka bude spolupracovat se zdravotnickým personálem a fyzioterapeuty. Pacientka bude schopna sama vykonávat osobní hygienu s péčí o svůj zevnějšek navozující větší pocit pohody a čistoty. Dále bude spolupracovat při léčbě bolesti, bude tolerovat nutnost monitorace a ordinace lékaře (např. měření FF v časovém intervalu). Snaha personálu o zajištění maximálního soukromí pro úkony týkající se osobní hygieny. Získá opět jistotu a schopnost sebepéče v rámci pooperačního režimu.

Plán: motivace a psychická podpora pacientky k rehabilitaci, ke zvýšení mobility a v péči o svůj zevnějšek. Využití aktivity pacientky ošetřujícím personálem a její zapojení do nácviku o vhodných pohybech. Zapojení pacientky do léčby bolesti a vytvoření adekvátního soukromí pro vykonávání osobní hygieny/potřeb.

Realizace: psychická podpora a motivace pacientky k aktivní i pasivní rehabilitaci se zvýšením mobility a péči o svůj zevnějšek. Využití aktivity pacientky s nácvikem vhodných pohybů a vertikalizace. Vhodná léčba bolesti ve spolupráci s pacientkou. Vytvoření dostačujícího soukromí pro vykonávání osobní i intimní hygieny/potřeb.

Hodnocení: pacientka zvládala velice dobře náročnost rehabilitace a dalších úkonů spojených s mobilizací. Bolest pro ni byla snesitelná a nebránila ji v procesu rozvoje sebek péče. Pacientce bylo umožněno dostatečné soukromí pro vykonávání osobní hygieny/potřeb.

4. Ochota doplnit si deficitní vědomostí z důvodu plánovaného podstoupení operačního výkonu projevující se opakovaným verbálním dotazováním pacientky.

Cíle: poskytnout pacientce dostačující a potřebné informace komunikací s možností nácviku a osvojení si dovedností.

Plán: ochotný, vřelý přístup k pacientce a jejím potřebám o získání informací a dovedností.

Realizace: vnímavý přístup ošetřujícího personálu k zájmu o informace ze strany pacientky. Vyhrazení si dostatečného času pro verbální předání informací a nácviku dovedností (např. správný a šetrný postup při sebek péči v pooperačním období). Zajištění dalšího odborného personálu (např. konzultace s nutričním terapeutem).

Hodnocení: aktivní vyhledávání a uspokojení potřeb pacientky. Zajištění dostatečného časového prostoru i soukromí pro poskytování informací a nácviku dovedností. Zajištění nutričního terapeuta a fyzioterapeuta.

5. Změna vyprazdňování moči v pooperačním období z důvodu zavedení permanentního katetru projevující se nemožností přirozené mikce.

Cíle: tolerování PMK pacientkou. Zajištění jeho funkčnosti a průchodnosti zdravotnickým personálem poskytující ošetrovatelskou péči dané pacientce.

Plán: dostatečná informovanost a seznámení pacientky s nácvikem o jeho hygienu a toleranci PMK ze strany pacientky. Průběžné kontroly jeho funkčnosti a průchodnosti zdravotnickým personálem a zamezení vzniku vzestupné infekce močových cest.

Realizace: podávání srozumitelných informací pacientce s nácvikem manipulace a hygieny s PMK. Seznámení pacientky s významem zavedení PMK. Pravidelné kontroly močového katetru ošetřujícím personálem a zajištění kontinuální průchodnosti.

Hodnocení: pacientka porozuměla důvodům zavedení PMK. PMK volně vedl moč. Pacientka byla bez známek zvýšené tělesné teploty a známek zánětlivého procesu. Zajištění vhodné hygieny a čistoty katétru personálem poskytující ošetřovatelkou péči i pacientkou.

Potencionální ošetřovatelské diagnózy:

6. Riziko vzniku infekce z důvodu porušení kožní integrity operačními ranami a invazivními vstupy.

Cíle: pacientka bude bez známek nově vzniklé infekce. Bude tolerovat invazivní vstupy, péči o operační rány a bude v normotermii. Operační rány i porucha kožní integrity po invazivních vstupech se bude hojit per primam.

Plán: pravidelná kontrola a aseptické převazy invazivních vstupů i operačních ran. Pravidelné kontroly jejich krytí a okolí. Ošetřující personál bude kontrolovat stav kůže a sliznic. Dále bude sledovat funkčnost a průchodnost invazivních vstupů. Pacientka bude seznámena s přístupem a péčí o invazivní vstupy i operační rány.

Realizace: dostatečná informovanost pacientky v péči invazivních vstupů, operačních ran a manipulaci s PMK. Aseptické převazy operačních ran i invazivních vstupů doporučených postupů a monitorace tělesné teploty. Bude realizována důsledná hygiena rukou zdravotnického personálu i samotné pacientky.

Hodnocení: pacientka je bez známek počínajících zánětlivých změn a bez vzestupu tělesné teploty. Operační rány jsou klidné bez známek edému či krvácení. Nejsou znatelné hematomy v okolí operačních ran. Invazivní vstupy jsou funkční.

7. Riziko pádu z důvodu podstoupení celkové anestezie, užívání antihypertenziv a podávaných analgetik opioidního charakteru.

Cíle: zamezení pádu a vzniku úrazu.

Plán: zajištění bezpečného prostředí, ve kterém se pacientka nachází. Doporučení vhodné obuvi. Informování pacientky o pohybovém režimu. Dopomoc zdravotnickým personálem při rehabilitaci a mobilizaci. Pravidelné kontroly hodnot krevního tlaku v naordinovaných intervalech. Zajištění dostatečné hydratace a tlumení bolesti, noční stolek na dosah ruky.

Realizace: pacientka byla adekvátně seznámena o správném postupu při posazování s nohama z lůžka. Pacientka měla vhodnou a pohodlnou obuv. Změřené hodnoty krevního tlaku byly v normě.

Hodnocení: pacientka byla po celou dobu hospitalizace bez pádu a vzniku úrazu.

8. Prevence rizika TEN z důvodu snížené hybnosti a mobility.

Cíle: pacientka bez známek projevů počínající TEN.

Plán: včasná rehabilitace a mobilizace pacientky v pooperačním období od 1. dne pooperačního. Pacientce je doporučeno procvičování DKK v lůžku i mimo něj. Sledování známek projevů nemoci TEN a podání antikoagulační medikace podle ordinace lékaře.

Realizace: seznámení pacientky s nácvikem cvičení DKK v lůžku i mimo něj, vertikalizaci, sedu, stojí a chůzi. Sledování barvy kůže dolních končetin + typické bolestivosti DKK lýtek při TEN a sledování FF hodnot, bolesti. Plnění ordinací lékaře ošetřujícím personálem.

Hodnocení: pacientka pochopila cviky v prevenci TEN a opakovaně je během dne cvičila. Také se snažila se vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu maximálně spolupracovat. Hodnoty FF byly po celou dobu hospitalizace v normě. Bolesti související s pooperačním stavem byly snesitelné. Ošetřující personál plnil ordinace lékaře podle denního medikačního listu.

5 Diskuze

Bariatrická chirurgie je poměrně „mladý“ obor, který se stále zdokonaluje ve svých metodách, postupech a zvyšuje tak bezpečnost celého procesu léčby obezity pro samotné pacienty. Z tohoto důvodu jsem si vybrala toto téma pro svou bakalářskou práci s cílem zjištění poskytování ošetrovatelské péče v klinické praxi a v uvedených postupech z odborných literárních zdrojů. Pacientku jsem si vybrala z důvodu její silné motivace ke snížení své váhy – touze po mateřství. Považuji to za dobrý přístup, protože bojovat s obezitou je velmi náročné i z časového hlediska.

Na poskytování ošetrovatelské péče pacientce jsem s celým týmem podílela během 1. pooperačního dne na JIP. Patientka úspěšně zvládla celý průběh pobytu ve zdravotnickém zařízení. Byla propuštěna do domácí péče se schopnostmi vykonávat sebepéči a běžné denní činnosti v rámci pooperačního režimu. Operační rány se hojily per primam, nebyly přítomny žádné známky infekčních komplikací po CŽK, PMK nebo drénu. Během řádného studování odborné literatury, časopisných publikací, on-line zdrojů a standardů zdravotnického zařízení, jsem nezjistila žádné pochybení zdravotnického personálu. Poskytování zdravotní péče podle doporučení, která byla v standardech zdravotnického zařízení, odpovídala klinické praxi. Po celou dobu jsem měla k dispozici i veškerou zdravotnickou dokumentaci, možnost rozhovoru s celým týmem poskytující zdravotní péči a rozhovoru s pacientkou, která byla námětem k mé práci.

V roce 2013 byla provedena revize *Interdisciplinárních evropských doporučení pro chirurgickou léčbu těžké (morbidní) obezity* na základě jednání IFSO, EASO – European Association for the Study of Obesity a dalších zástupců těchto významných organizací (Fried, 2014). Po důkladném seznámení s vývojem léčby u vybrané pacientky z dostupných informací a dat, byla dodržena doporučení i postupy organizací z lékařského hlediska ke komplexní léčbě morbidní obezity s přidruženými komorbiditami. Důkazem jsou zjištěná data při 6. měsíční kontrole. Od podstoupení minigastričního bypassu dosáhla pacientka poklesu tělesné hmotnosti z 145kg s BMI 51,9 na 110kg s BMI 38,1. Úbytek váhy pozitivně ovlivnil i přidružené komorbidity. Lékař vysadil pacientce antihypertenziva i antidiabetika.

Bohužel v České republice neexistuje registr provedených bariatrických operací, i když si většina klinik a zdravotnických zařízení eviduje data o provedených bariatrických výkonech i dispenzarizaci pacientů. Získání validních dat/údajů je tak velmi mizivé a veškeré čísla jsou pouze odhadovaná. Podle celosvětové statistiky bylo v roce 2014 provedeno více jak 51 % bariatrických výkonů typu sleeve gastrektomie a tubulizace žaludku. Metoda gastričního bypassu byla tak po mnoha letech na druhé pozici s provedením o 26,8 %. Na třetím místě nejčastějších výkonů

je uváděna bandáž žaludku s 9,5 % a zbylé % zastupují metody, jako je plikace žaludku nebo biliopankreatická diverze (Kasalický, 2016). Na 150 000 operací bariatrických bylo celosvětově provedeno v roce 2006. O dva roky později vzrostl počet operací ve světě na dvojnásobek. V Evropě se odhaduje počet provedených operací bariatrickými chirurgy za období roku 2008 na 100 000. V ČR bylo odhadem provedeno na 1 600 bariatrických operací za rok z dostupných údajů bariatrické sekce ČLS JEP. (Kadaňka, 2014).

6 Závěr

V této bakalářské práci jsem se zabývala problematikou ošetrovatelské péče u morbidně obézní pacientky po chirurgickém výkonu – minigastrikého bypassu. Vybranou pacientku jsem si zvolila z důvodu seznámení s celým průběhem hospitalizace a sledování aplikované ošetrovatelské péče.

V teoretické části jsem uvedla informace spjaté s chirurgickým řešením a ošetrovatelskou péčí v pooperačním období, na které je zaměřená část empirická.

Průběh celé hospitalizace jsem zaznamenala po jednom dni se zaměřením na 1. pooperační den., ve kterém jsem se podílela s celým ošetrovatelským týmem na poskytování péče. Cílem bylo porovnání uváděných doporučení v odborné literatuře, časopisných i webových zdrojů. Podle mého zjištění bylo dosaženo všech postupů a kvalitně poskytovaná ošetrovatelská péče vedla k hospitalizaci bez komplikací.

Výstupem z mé práce je vypracování poučení pro pacienty ve formě letáku „*Jak žít s gastrickým bypassem*“, který je uveden v příloze A na str. 60. Leták je vytvořen pro pacienty stávající, budoucí i pro laickou veřejnost. K jeho vypracování mě vedli poznatky pacientky, ošetřujícího personálu a bariatrického chirurga. Vložené fotky jsou použity z vlastního zdroje se souhlasem účastnic na fotografii, která je přiložena k textu „*Nejste v tom sami!*“.

Samotné podstoupení operačního výkonu nemusí vždy vést k očekávaným výsledkům. Důležitá je podpora nejbližších a přijmutí nového životního stylu v oblasti výživy i pohybových aktivit s naplněním očekávání a přání pacientů od podstoupení tohoto nevratného zákroku.

Seznam použité literatury

Literární zdroje:

1. BARTŮŇEK, P., D. JURÁSKOVÁ, J. HECZKOVÁ a D. NALOS. *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2016. 714 s. ISBN: 978-80-247-4343-1.
2. BHANDARI M., W. MATHUR, A. K. MISHRA a D. CHANDORKAR. Robotic Roux-en-Y gastrik bypass: Our centre's technique with shortterm experience. *Journal of Minimal Access Surgery*. 2017. Vol. 13, No. 2, pp. 96-102. ISSN: 0972-9941.
3. BRYCHTA, P., J. STANEK et al. *Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 352 s. ISBN: 978-80-247-0795-2.
4. DOLEŽALOVÁ, K. et al. *Bariatrická chirurgie a primární péče*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2012. 200 s. ISBN: 978-80-904899-2-9.
5. FRIED, M. et al. *Bariatrická a metabolická chirurgie*. 1. Vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. 268 s. ISBN: 978-80-204-2424-2.
6. FRIED, M. Interdisciplinární evropská doporučení metabolické a bariatrické chirurgie. *Rozhledy v chirurgii*. 2014. Roč. 93, č. 7, str. 366-379. ISSN: 0035-9351.
7. FRIED, M. Nové směřování chirurgické léčby obezity a některých metabolických onemocnění. *Časopis lékařů českých*. 2017. Roč. 156, č. 6, str. 314 – 318. ISSN: 0008-7335.
8. HAINER, V. et al. *Základy klinické obezitologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2011. 464 s. ISBN: 978-80-247-3252-7.
9. HERLESOVÁ, J. et al. *Doporučení k psychologickému vyšetření před bariatrickou operací*. 1. vyd. Praha: Axonite CZ, 2013. 250 s. ISBN: 978-80-904899-6-7.
10. HOLÉCZY, P. Roux-Y gastrický bypass. *Rozhledy v chirurgii*. 2013. Roč. 92, č. 1, str. 61-64. ISSN: 0035-9351.
11. JANÍKOVÁ, E. a R. ZELENÍKOVÁ. *Ošetrovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 256 s. ISBN: 978-80-247-4412-4.
12. KADAŇKA, Z. Postižení nervového systému z nutriční nedostatečnosti po bariatrických operacích. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2014. Roč. 77, č. 4., str. 419 – 422. ISSN: 1210-7859.
13. KAPOUNOVÁ, G. *Ošetrovatelství v intenzivní péči*. 1. vydání Praha: Grada, 2007, ISBN: 978-80-247-1830-9
14. KASALICKÝ, M. Česká bariatrie na začátku roku 2016. *Rozhledy v chirurgii*. 2016. Roč. 95, č. 2, str. 51 – 52. ISSN: 0035-9351.

15. KOPECKÁ, E. Obezita – epidemie třetího tisíciletí. *Sestra*. 2012. Roč. 22, č. 5, str. 20-21. ISSN: 1210-0404.
16. KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*, nakladatelství: Grada Publishing, a. s., 1. vydání: Praha, 2009, ISBN: 978-80-247-2713-4
17. MACHOVÁ, J., D. KUBÁTOVÁ et al. *Výchova ke zdraví*. 2. akt. vyd. Praha: Grada, 2015. 312 s. ISBN: 978-80-247-5351-5.
18. MASTILIAKOVÁ, D.: *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 192 s. ISBN: 978-80-247-5376-8.
19. MEDICAL TRIBUNE CZ, s. r. o. *Medical Tribune Breviř 2015*. 24. vyd. Praha: Medical Tribune, 2015. 1298 s. ISBN: 978-80-87135-62-4.
20. PASTUCHA, D. et al. *Tělovýchovné lékařství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 288 s. ISBN: 978-80-247-4837-5.
21. STREITOVÁ, D., R. ZOUBKOVÁ et al. *Septické stavy v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 164 s. ISBN: 978-80-247-5215-0.
22. SVAČINA, Š. *Obezitologie a teorie metabolického syndromu*. 1. vyd. Praha: Triton, 2013. 290 s. ISBN: 978-80-7387-678-4.
23. SUCHARDA, P. Současné možnosti léčby obezity a zdravotně závažné obezity. *Acta Medicinae*. 2016. Roč. 5, č. 6, str. 85-87, ISSN: 1805-398.
24. ŠRÁMKOVÁ, P. Spolupráce mezi praktickým lékařem, obezitologem, bariatrickým chirurgem a obézním nemocným. *Postgraduální medicína*. 2013. Roč. 15, č. 9, str. 987-993. ISSN: 1212-4184.
25. VONDRÁČEK, L., V. WIRHOVÁ a J. PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. 136 s. ISBN: 978-80-247-3697-6.

Internetové zdroje:

1. Cobourn, CH. Mini Gastric Bypass Surgery – 14 Ways It Will Affect You. In: *Bariatric Surgery Source*. [online]. 2017. [cit. 2017-09-30]. Dostupné z: <https://www.bariatric-surgery-source.com/mini-gastric-bypass-surgery.html>
2. Český statistický úřad. Integrovaný operační program EU. [online]. In: CZSO. [cit. 2017-03-28]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vybrané-vysledky-setreni-mimo-csu>
3. IFSO. International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders. [online]. In: *IFSO*. [cit 2017-03-18]. Dostupné z: <http://www.ifso.com/one-anastomosis-gastric-bypass>

4. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. [online]. In: Ministerstvo zdravotnictví, 2015. [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2002b%20prevence%20obezity.pdf
5. Nemocnice Na Homolce. [online]. In: NNH, 2012. [cit. 2017-09-21]. Dostupné z: <https://www.homolka.cz/cs-CZ/oddeleni/specializovana-centra/centrum-roboticke-chirurgie/roboticky-operacni-system>
6. Nemocnice Na Homolce. Rozvoj bariatrické léčby Nemocnice Na Homolce. [online]. In: *Medical Tribune CZ*, 2015. [cit. 2017-09-30]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/35667-rozvoj-bariatricke-lecby-v-nemocnici-na-homolce>
7. Organisation for Economic Co-Operation and Development. [online]. In: *OECD*. [cit. 2017-10-10]. Dostupné z: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>
8. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. [online]. In: *SAGES*, 2017. [cit. 2017-08-18]. Dostupné z: <https://www.sages.org/publications/guidelines/guidelines-for-clinical-application-of-laparoscopic-bariatric-surgery/>
9. World Health Organization. [online]. In: *WHO*. [cit. 2017-03-26]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>

Další zdroje:

Zdravotnická dokumentace pacientky

Seznam zkratek

ALP – alkalická fosfatáza

ALT – alaninaminotransferáza

AMS – amyláza celková v séru

ASA – Americká společnost anesteziologů

AST – aspartátaminotransferáza

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

BIA – bioelektrická impedance

BMI – body mass index

ČR – Česká republika

ČSL JEP – Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

CŽK – centrální žilní katetr

CŽT – centrální žilní tlak

CRP – C-reaktivní protein

DEXA – Dual Energy X-ray Absorptiometry

DF – dechová frekvence

DKK – dolní končetiny

EKG – elektrokardiografie

EU – Evropská unie

FF – fyziologické funkce

FSH – folikulostimulační hormon

fT3 – free trijodtyronin

fT4 – free tyroxin

GGT – Gama-glutamyltransferáza

HDL – high density lipoprotein

IFSO – International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders

inj. – injectio (injekce)

i. v. – intravenózně

JIP – jednotka intenzivní péče

kcal – kilo kalorie
kJ – kilojouly
LDL – low density lipoprotein
l. dx. – lateris dextri
LH – luteinizační hormon
LHK – levá horní končetina
mm Hg – milimetr rtuti
mmol/l – milimol/litr PŽK – periferní žilní katetr
O₂ – kyslík
PAD – perorální antidiabetika
plv. – prášek
PMK – permanentní močový katetr
PŽK – periferní žilní katetr
p. o. – per os
P + V – příjem + výdej (tekutin)
RTG – rentgen
RTG S + P – rentgen srdce + plíce
sol. – solutio (roztok)
s. c. – subkutánní
T3 – trijodtyronin
T4 – tyroxin
TEN – trombembolická nemoc
TK – krevní tlak
TPO – tyroidální peroxidáza
TRF - transfuze
TSH – thyreotropin hormon
TT – tělesná teplota
VAS – Visuelle Analog-Skala
VGP – velký glykemický profil
VLCD – very low calory diet

VLDL – very low density lipoprotein

WHO – World Health Organizatio

Příloha

Příloha A: Poučení pro pacienty – Jak žít s gastrickým bypassem

Poučení pro pacienty

Jak žít s gastrickým bypassem



Pitný režim

vypít cenně 1,5 – 2 litry neperlivé a nedražené vody

pít menší množství najednou (např. po 50 – 100 ml)

dodržovat doporučení lékaře/chirurga



Jídlo a stravování

jíst menší porce (100 – 150g)

jíst 5 – 6 denně

dodržovat doporučení lékaře/chirurga



Pohyb

denně vyrazit na vycházky

nordic walking

aktivní život



Nejste v tom sami!

rodina, přátelé, odborník

nebojte se obrátit pomoc se na psychologa

www.bandingklub.cz

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu

uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis